

Feu le Dr. LECLERC

Dimanche le 5 juillet, le docteur J. Odilon Leclerc est mort subitement à sa résidence d'été à l'Ile d'Orléans.

Cette mort brusque surprenait tous ses amis, malgré les inquiétudes de plusieurs de ses intimes. Son physique superbe, qui semblait l'expression de la santé parfaite, devait sombrer sous les coups d'une affection qui ne pardonne pas et qui durait depuis deux ans et plus. Et c'est en le voyant partir que tous ont réalisé pleinement ce qu'il a été.

Ce bon géant, toujours jeune et toujours gai, semblait tellement faire parti du paysage que l'on ne peut s'accoutumer à ce qu'il ne soit plus là. Sa jeunesse qui semblait devoir toujours durer, sa gaieté inaltérable, son entrain de chaque moment jamais démenti, toujours en éveil, toujours en action, en avaient fait le compagnon obligé de toutes les entreprises, sa serviabilité sans bornes, le meilleur des amis.

Mais sous cet extérieur très attrayant, Odilon Leclerc était plus et mieux.

* * *

L'enthousiasme qui poussait l'adolescent vers les épreuves d'endurance, qui l'ont illustré dans tous les sports, devait amener le médecin très averti qu'il était, à la réalisation d'oeuvres auxquelles il s'est livré avec une ardeur et un entrain qui ne se sont jamais démentis.

Et malgré que quelquefois sa vivacité ait semblé l'entraîner vers des situations extrêmes, c'est avec un esprit de mesure et de pondération vraiment remarquable, avec un esprit de suite toujours égal à lui-même, qu'il a orienté ses efforts, qu'il a dirigé son travail constant et opiniâtre vers des réalisations totales des choses entrevues.

La versatilité de ses connaissances et la facilité de son talent ne l'ont jamais amené à la diffusion ni à l'éparpillement. Avant d'entreprendre quoi que ce soit, Leclerc se renseignait, se préparait parfaitement. Avant de songer aux réalisations, il étudiait les principes et la théorie qu'il devait appliquer. Et alors, en possession de toutes les connaissances utiles, il se mettait au travail. Et quel travail !

Ceux qui l'ont suivi de près — qui l'ont aidé, soutenu, encouragé, sont seuls en état non pas de savoir mais de deviner, de soupçonner ce qu'il a dû dépenser d'activité et d'effort pour atteindre les objectifs proposés.

Dès ses premières années professionnelles, il se charge de la rédaction du "Bulletin Médical" qui vit pratiquement de ses seuls efforts pendant six années.

Puis il se tourne, tout chargé qu'il est d'une clientèle déjà lourde vers les oeuvres antituberculeuses. Il se trouve parmi les précurseurs qui organisent à Québec, l'exposition antituberculeuse. Il prend son tour de service au dispensaire que forme la Ligue. Il devient après quelques années chef de ce dispensaire, et le transforme de manière à en faire un modèle que nous envient des visiteurs éclairés des pays les plus avancés.

Pour dire tout ce que Leclerc a dû s'imposer de travail pour arriver à ce résultat, il ne suffirait pas d'une livraison de ce Bulletin.

* * *

Dans l'intervalle l'Hôpital-Laval est né, et Leclerc avec feu le Dr. Jules Frémont, puis bientôt seul, est chargé de la direction médicale. Et Leclerc se jette corps et âme dans cette nouvelle entreprise.

Là aussi le travail ne manque pas, le courage non plus.

Leclerc s'acharne, dépense son temps et sa force sans compter, voit à tout, se dévoue constamment, et complétant l'idée et l'action du Docteur Rousseau, fondateur de l'Hôpital, il mène à bonne fin cette entreprise considérable.

Jusque-là, son action s'était limitée à des oeuvres, qui pour être d'intérêt général, étaient encore limitées dans l'espace. Mais la réorganisation du Service d'Hygiène publique dans la Province de Québec devait lui fournir l'occasion d'élargir son champ d'action...

Et le programme actuel de lutte anti-tuberculeuse dans la Province de Québec doit en partie sa conception et son exécution à Leclerc. C'est sous son inspiration plus ou moins directe que le Gouvernement de notre Province a entrepris et mis en état un système de défense antituberculeuse qui s'est matérialisé dans une campagne d'éducation intense et l'établissement des nombreux dispensaires dans la Province.

* * *

Le docteur Leclerc part au moment même où l'oeuvre est à point, au moment où les réalisations lui apportaient les consolations qu'il désirait...

Il vivait entouré de l'affection de l'admirable épouse qui lui survit et de la couronne de beaux enfants que la Providence lui avait donnés.

Et il est mort.

Mais il vivra toujours dans le coeur de ceux qui le pleurent aujourd'hui et qui n'ont d'autre consolation que de répéter ses vertus et de dire à tous quel fils, quel ami, quel homme il a été. Et nous n'y manquerons pas.

Leclerc est un exemple. Il a vécu sa vie pleinement. Dévoué à sa race et à son pays, il mérite que l'on sache que sa cité et sa Province ont perdu un grand serviteur. Il avait l'âme d'un chef, son départ cause un vide difficile à combler. Il faudra du temps et des hommes pour maintenir debout ce qu'il a édifié.

La vie de Leclerc est une leçon que plusieurs d'entre nous peuvent méditer avec profit. Et les oeuvres qu'il laisse lui font un monument dont aucun mausolée ne saurait égaler la splendeur.

P. Calixte Dagneau.



LE DENIVELLEMENT DES EPANCHEMENTS PLEURAUX LIQUIDES ET HYDROGAZEUX DANS LES CHANGEMENTS DE POSITION DU MALADE.

Leçon clinique faite à l'Hôpital de La Charité, le 27 mai 1925, par le Professeur Emile Sergent, et recueillie par le Docteur Roland Demeules, assistant étranger.

Il m'a paru intéressant d'étudier dans cette leçon clinique le dénivèlement des épanchements pleuraux liquides et hydrogazeux, constaté dans les changements de position du malade.

Pour bien définir ce signe, je vous dirai qu'il consiste dans un déplacement en hauteur des limites supérieure et inférieure de la zone correspondant à l'épanchement, sur les faces antérieure, postérieure et axillaire, de la paroi thoraco-abdominale.

De suite, je tiens à vous mettre en garde contre l'idée que vous pourriez avoir, de confondre l'étude de ce dénivèlement avec celle de l'évaluation de la quantité de l'épanchement; mais, je vous fais aussi remarquer que l'appréciation du dénivèlement concourt dans une certaine mesure à cette évaluation.

Cette étude du signe de dénivèlement comprendra deux parties; celle de la *séméiologie clinique*, dans laquelle nous passerons en revue les constatations fournies par l'examen clinique du malade, puis, celle de l'*interprétation des phénomènes*.

I—Séméiologie clinique

1°—Technique de l'exploration clinique.

Quelle est la technique de l'exploration clinique dans les *épanchements purement liquides*? La densification plus ou moins grande du parenchyme pulmonaire sous jacent ne permet pas de se fier à l'auscultation ni à la palpation; pour la même raison, les images radiologiques sont peu caractéristiques. Le sens moyen valable d'exploration est la percussion. Et encore, il faut tenir compte de la distribution du liquide dans le thorax, des courbes paraboliques, si bien décrites par Damoiseau, et de la mobilité relativement entravée du contenu par les diverses parties du contenant.

Voici, comment je vous engage à pratiquer la percussion: vous percutez le malade dans les trois positions suivantes, couchée, assise et debout; vous ferez cette percussion pas trop fortement, en avant et en arrière du thorax, en allant de bas en haut, tout en prenant soin d'examiner le sujet toujours dans le même temps respiratoire.

Dans les *épanchements hydro-gazeux*, le déplacement du liquide et du gaz se fait très facilement, et c'est alors que le signe de dénivèlement est aisé à faire apparaître, mais dans les deux seules positions assise et debout ; il est inutile de le rechercher dans la position couchée, car la couche d'air se répand sur toute la surface du liquide et la recouvre d'une zone de sonorité. Ce désavantage est compensé largement par deux moyens qui, ici, rendent de grands services ; je veux parler de l'auscultation et de l'exploration radiologique.

L'usage de ces deux moyens que nous pouvons employer en plus de la percussion, fait que le signe de dénivèlement est plus facile à rechercher dans les épanchements hydro-gazeux que dans les épanchements purement liquides. Sachant aussi qu'il existe une opposition absolue entre la zone mate et opaque et la zone sonore et claire, et que le niveau du liquide prend dans le cas une disposition non pas parabolique mais horizontale, il est facile pour nous d'en déduire que c'est dans les épanchements hydro-gazeux que nous pouvons étudier avec le plus de facilité le phénomène de dénivèlement. Mais, que l'épanchement soit seul ou mêlé à de l'air, il faut tenir compte du fait qu'il ne peut se comporter dans le thorax comme un liquide placé dans un vase à parois rigides, car, le diaphragme et le médiastin forment des cloisons douées d'une résistance variable suivant les cas, concourant ainsi à agir sur le résultat de nos recherches séméiologiques. En effet, supposons que le diaphragme soit fixé par des adhérences, il nous est facile de concevoir que le niveau du liquide ne subit pas de déplacements lorsque le sujet passe de la position assise à la position debout. De plus, suivant que le médiastin est résistant ou non à la pression que l'épanchement exerce sur lui, nous avons aussi, de plus ou moins grandes modifications dans le niveau du liquide, lorsque nous recherchons le signe de dénivèlement. Quoiqu'il en soit de ces réserves, il demeure incontestable qu'un épanchement hydro-gazeux se déplace beaucoup plus librement qu'un épanchement liquide ; aussi bien, lorsque vous voudrez apprécier le dénivèlement du liquide dans les épanchements hydro-gazeux, suivant que le sujet est en position assise ou debout, devrez-vous veiller avec le plus grand soin à ce qu'il se tienne tout-à-fait droit et non point incliné, si peu que ce soit, ni en avant ni en arrière.

2°—Résultats de l'exploration clinique.

Nous allons maintenant considérer les résultats fournis par l'exploration clinique. Dans les épanchements purement liquides, il est classique de dire, que la percussion de la région antéro-latérale du thorax révèle une élévation de la ligne supérieure de la zone de matité, lorsqu'on fait

passer le sujet de la position couchée à la position assise; il est classique aussi de dire que cette ligne s'abaisse lorsque le sujet passe de la position assise à la position debout, pour la raison que le diaphragme est alors entraîné par la descente des organes abdominaux dans le ventre.

Ceci est classique et admis par tous, mais il n'en est pas toujours ainsi. Bard, (de Lyon) le premier, a fait mention de ces exceptions; il a fait remarquer, ce qui est parfaitement juste, que cette chute du diaphragme n'est possible que si ce muscle est en état d'hypotonie, ce qui est le cas dans les épanchements inflammatoires, mais ce qui n'existe pas dans les hydrothorax simples. Bard a basé sur cette distinction un caractère différentiel entre l'hydrothorax et la pleurésie inflammatoire. Pour ma part, je me suis attaché à montrer que nous devons tenir compte aussi d'un autre facteur, à savoir l'existence d'adhérences pleurales fixant le diaphragme.

Un diaphragme fixé par des adhérences ne peut suivre le déplacement des organes abdominaux et maintient ainsi au même niveau la ligne supérieure de matité du liquide, que le malade soit assis ou debout. Il convient aussi de rechercher le dénivèlement de la ligne inférieure de matité. A droite, le siège de cette ligne est indiqué par la limite inférieure de la matité hépatique; le degré d'abaissement de la limite inférieure hépatique nous renseigne sur le déplacement de la ligne inférieure de matité du liquide. Cependant, je dois insister ici sur ce fait, que le déplacement du foie est sous la dépendance du diaphragme. Si le muscle est fixé par des adhérences, nous ne constaterons pas de changement dans la ligne inférieure de matité hépatique, lorsque le sujet passera de la position assise à la position debout; bien plus, nous constaterons une élévation de la ligne de matité supérieure. De même, pour les épanchements gauches; l'espace de Traube peut être conservé lors d'épanchement abondant, si l'hémi-diaphragme est fixé par des adhérences. Mais, dans la majorité des cas, nous constatons un abaissement de la limite supérieure de sonorité de l'espace de Traube, quand le sujet passe de la position couchée à la position debout et nous percevons, en même temps, l'abaissement de la limite supérieure de matité, tandis que si le diaphragme est fixé et empêche le déplacement par en bas, nous constatons l'élévation de cette limite supérieure. Ce sont là des notions sur lesquelles j'ai insisté bien des fois et que ceux d'entre vous qui ont suivi le service pendant quelque temps ont pu contrôler avec moi sur un certain nombre de malades.

Voyons maintenant ce que donne la recherche du signe de dénivèlement, par la percussion de la paroi postéro-latérale du thorax. Cette recherche fut peu étudiée par les classiques. Par contre, Heidenreich(1) (de

(1) --Heidenreich. Il diaphragma y la hemiplegia dia phragmatia. (Estudio clinico-radiológico). (Thèse Buenos-Aires, 1924).

Buenos Aires), élève du Prof. Mariani Castox, dans un travail paru récemment, rapporte les résultats de recherches intéressantes et montre la valeur du signe de dénivèlement postérieur surtout dans le diagnostic des petits épanchements des sinus costo-diaphragmatiques postéro-latéraux. La méthode consiste à apprécier le dénivèlement par la modification de la hauteur de la zone mate lorsqu'on fait passer le malade de la position assise à la position ventrale. Il faut pour obtenir des constatations valables, que dans cette dernière position, le sujet soit couché bien à plat, la tête sur le même plan que le tronc et les bras allongés le long du corps. La percussion doit être superficielle et pratiquée le long de la masse sacro-lombaire, et de plus, aux même temps respiratoires, dans les deux positions assise et ventrale. Heidenreich rappelle que la position ventrale fut préconisée pour la première fois, dans l'exploration clinique des épanchements pleuraux par Reynaud, qui, en 1824, cherchait, par ce moyen à éloigner le liquide de la paroi postérieure du thorax et à obtenir la réapparition des bruits adventices, frottements ou râles. Heidenreich a constaté, par cette manœuvre, dans le cas de petits épanchements, l'abaissement de la limite supérieure de la matité postérieure, quand le sujet passe de la position assise à la position ventrale. En effet, le liquide se déplace dans le sens de la déclivité, se repand le long de la face antérieure du thorax, si bien qu'une sonorité due aux languettes pulmonaires, se substitue sur la face postérieure, à la matité qui existe lorsque le malade est assis. Si on trouve ce signe, on peut affirmer la présence d'une petite quantité de liquide dans le sinus costo-diaphragmatique postéro-latéral. A noter de suite que cette recherche sera surtout utile lorsqu'il existe un petit épanchement pleural dont la matité se confond à droite, avec celle du foie. Heidenreich a contrôlé les résultats d'examen fournis par la percussion, par des radiographies prises en position latérale.

Pour les épanchements hydro-gazeux, la recherche du signe de dénivèlement est beaucoup plus simple, que pour les épanchements purement liquides. Mais, nous ne pouvons l'observer que dans le passage de la position assise à la position debout, pour les raisons données antérieurement. Je n'y reviens pas.

II—Interprétation des phénomènes.

Les diverses éventualités, contradictoires ou paradoxales en apparence, constatées par l'exploration clinique, laissent pressentir l'intervention d'autres facteurs que le simple déplacement du contenu liquide dans une cavité pleurale libre, et soulèvent la notion du rôle joué par le déplacement ou la fixité des diverses parties constituant le contenant.

Le dénivèlement traduit le déplacement du liquide dans les changements de position du malade, mais il est fonction de trois facteurs, qui

sont, la liberté de la cavité pleurale, le degré de résistance du médiastin et le degré de résistance du diaphragme.

a) *Liberté de la cavité pleurale*.—Cette condition est indispensable : elle consiste dans l'absence d'enkystements et de cloisonnements et permet, seule, la mobilité complète du liquide épanché. Cette mobilité, d'autre part, atteint son maximum dans les épanchements hydro-gazeux, qui se prêtent mieux que les épanchements purement liquides à une étude rationnelle du signe de dénivèlement et du mécanisme qui le règle. Le déplacement des épanchements purement liquides est moins immédiat et moins parfait ; de plus, comme je l'ai dit, il y a quelques instants, la limite supérieure du liquide est toujours plus ou moins parabolique, ce qui concourt à rendre la détermination topographique du niveau moins précise.

b) *Le degré de résistance du médiastin* joue, lui aussi, un grand rôle dans le déterminisme du dénivèlement. Nous savons qu'un médiastin libre se déplace vers le côté sain dans les épanchements purement liquides abondants, et que, d'autre part, il se déplace vers le côté malade lors d'épanchement hydro-gazeux de faible pression, ainsi que l'examen radiologique permet de le constater. Supposons maintenant que le médiastin a subi des atteintes inflammatoires antérieures, qui ont pour effet de le fixer par des adhérences plus ou moins serrées : il en résultera une élévation plus haute du niveau supérieur du liquide, élévation qui augmentera encore, lorsque le sujet passe de la position couchée à la position assise et à la position debout, même si le diaphragme n'est pas fixé lui aussi.

c) *Le degré de résistance du diaphragme* joue, de son côté, un grand rôle dans l'interprétation du signe de dénivèlement. Cette résistance varie suivant qu'on a affaire à un épanchement de nature inflammatoire ou non ; Bard, Bèclère et Dupinet ont signalé l'absence de dénivèlement dans les hydrothorax, et son existence dans les épanchements inflammatoires.

Bard, ainsi que je vous l'ai dit déjà, a montré que ce dénivèlement, c'est-à-dire l'élévation de la limite supérieure de matité, quand le malade passe de la position couchée à la position assise, disparaît quand le malade prend la position debout, s'il s'agit d'un simple hydrothorax ; il explique cette constatation par la notion de la persistance de la tonicité du muscle dans l'hydrothorax et par la perte de la tonicité du muscle dans les épanchements inflammatoires ; dans ces derniers, le muscle sous-jacent à la séreuse enflammée se paralyse en effet ; or, en position assise, la flexion de l'abdomen sur les cuisses joue le rôle d'une sangle qui comprime la paroi abdominale et s'oppose à la chute du diaphragme, tandis que, en position debout, cette compression disparaît et le diaphragme s'affaisse dans l'abdomen, ainsi qu'on peut s'en assurer par l'examen radiologique.

Vous trouverez dans la thèse d'Heidenreich(1) d'intéressants développements sur cette notion de l'hémi-parésie diaphragmatique.

J'ai moi-même étudié cette hémi-parésie diaphragmatique dans les épanchements pleuraux et vous trouverez les réflexions qu'elles m'a suggérées, (voir radiographies démonstratives, dans le 2e fascicule de mes syndrômes respiratoires).

Mais, ainsi que je vous l'ai dit déjà, l'hémi-parésie diaphragmatique n'est pas le seul facteur qui intervient dans le déterminisme du dénivèlement, à côté d'elle prend place la notion de l'immobilité du diaphragme fixé par des adhérences. L'hémi-parésie diaphragmatique entraîne la chute du diaphragme, en position debout; la fixité hémi-diaphragmatique s'oppose à tout déplacement par en bas et explique pourquoi certains épanchements, au lieu de donner un abaissement de la ligne supérieure de matité, lorsque le sujet passe à la position debout, souvent, au contraire, une élévation de cette limite supérieure de matité, élévation qui est d'autant plus marquée que le médiastin est lui-même fixé et immobilisé par des adhérences; vous ne constatez, en pareil cas, aucun changement de niveau de la ligne de matité inférieure.

De cette étude je crois pouvoir dégager les conclusions suivantes:

Le dénivèlement des épanchements pleuraux, liquides ou hydrogazeux—étant entendu que la cavité pleurale est libre et non cloisonnée—ne peut être interprété uniquement par le déplacement du liquide suivant les changements de position du malade.

Il est conditionné par l'intervention de deux facteurs, sur lesquels on n'a pas coutume d'attirer suffisamment l'attention, à savoir: le degré de résistance du diaphragme et le degré de résistance du médiastin, facteurs qui peuvent intervenir isolément ou combiner leurs actions.

En d'autres termes, le dénivèlement n'est pas simplement fonction du degré de mobilité du contenu pleural; il est également fonction du degré de résistance des parois du contenant pleural, à cet égard, le signe de dénivèlement renseigne sur l'état du diaphragme et sur l'état du médiastin. Son déterminisme est étroitement lié à l'étude physiologique des mouvements respiratoires dont la connaissance a été si grandement éclairée par l'exploration radiologique.

Du point de vue pratique, vous retiendrez que l'abaissement du niveau supérieur, en position debout, d'un épanchement pleural traduit une moindre résistance de l'hémi-diaphragme correspondant et du médiastin, et que l'élévation du niveau supérieur traduit une résistance exagérée de l'hémi-diaphragme correspondant ou du médiastin, sinon des deux à la fois.

(1)—Heidenreich—Il signodel dessival el diagnostic di sor derrones pleurales. (La Prensa Media Argentina, el 10 Decembre 1924).

REVUE ANALYTIQUE

SALICYLATE DE SOUDE ET ACIDOSE

Les classiques sont unanimes à constater qu'au cours du traitement salicylé peuvent survenir des troubles plus ou moins graves. Les uns, bénins et généralement passagers, sont d'ordre gastrique—douleurs, nausées, vomissements—et sensoriel: bourdonnements d'oreille, surdité, vertiges; ils sont surtout liés aux doses fortes ou prolongées, et nous rappelons qu'au début de l'administration du salicylate, les médecins anglais prescrivaient jusqu'à 30 grammes dès les premières 24 heures.

Les autres troubles, plus graves, sont à symptomatologie cardiaque ou nerveuse. Les accidents cardiaques consistent en défaillance du cœur avec pâleur, petitesse du pouls, et même collapsus ou syncope ayant pu aboutir à la mort.

Mais beaucoup plus particuliers sont les troubles nerveux. En premier lieu, il faut mentionner la dyspnée; c'est une dyspnée très spéciale, survenant sans cause organique apparente, que les premiers auteurs et notamment *Quincke* en 1882 avaient rapportée sous la rubrique "dyspnée salicylique" et que *Langmead*, en 1906, disait avoir observée chez 8 enfants soumis à de fortes doses de salicylate. Des troubles mentaux sont possibles consistant en délire, hallucinations, torpeur. Le délire est d'abord paisible puis violent; la crise éclate la nuit et dure 12, 24, 48 heures, 5 jours dans des cas exceptionnels; à la fin, dit *Caussade*, qui a insisté sur les caractères de ce délire salicylé, le malade est plongé dans la torpeur et l'inconscience; parfois il s'agit d'un délire de persécution. Des convulsions ont été signalées.

Ailleurs, c'est un tableau encore plus caractéristique: le *coma* survient accompagné de troubles respiratoires *sine materia* à type *Kussmaul* et—fait qui avait frappé les anciens praticiens—d'odeur acétonémique de l'haleine et même de l'urine, celle-ci contenant des doses énormes d'*acétone*; ce syndrome avait été naturellement rapproché du *coma* diabétique. D'ailleurs, cette odeur particulière de l'haleine et cette acétonurie étaient retrouvées d'une façon générale chez tous les sujets ingérant de fortes doses de salicylate de soude. La mort a pu être l'aboutissant de ces accidents et *Arnozan* signale qu'elle a pu survenir après l'ingestion pendant plusieurs jours de 8 à 10 gr. d'acide salicylique.

Malgré l'analogie établie par certains entre le *coma* salicylique et le *coma* diabétique, la nature exacte de toutes ces manifestations resta longtemps méconnue; les uns invoquèrent l'impureté du produit, d'autres la transformation de l'acide salicylique en certains acides plus toxiques, d'au-

tres d'idiosyncrasie. Il faut arriver en 1906 pour voir la question s'élucider avec les recherches de Langmead; celui-ci observa que si dans le cas d'accidents précités le salicylate était supprimé et remplacé par des alcalins, le coma disparaissait et la dyspnée s'atténuait; il formula alors l'opinion qu'un état d'acidose était en cause, acidose déterminée par l'acide salicylique donné à trop fortes doses.

Les résultats thérapeutiques vérifièrent pleinement cette théorie; tel est le cas très démonstratif, rapporté par Martinet, de ce sujet qui guérit d'un coma salicylique après avoir pris 36 grammes de bicarbonate de soude quoique son urine fut encore acide après cette ingestion.

Enfin les accidents cardiaques sont encore attribués à l'acidose quoique ce fait nous semble prêter à discussion: le rhumatisme, écrit Daniélopolu, s'accompagne déjà d'une intoxication acide possédant une action dépressive sur le myocarde à laquelle s'ajoute l'acidose due au salicylate.

En somme la médication alcaline s'imposait à côté de la médication salicylée. L'auteur Roumain est parti de ce principe, au cours du rhumatisme articulaire aigu, la lésion cardiaque est presque constante et précoce et qu'elle est une détermination et non une complication du rhumatisme; il fut ainsi amené à augmenter le plus possible la dose de salicylate et par suite à chercher le moyen de la faire bien tolérer, moyen non encore donné par les classiques; étant donné, remarque-t-il, que tous les inconvénients du salicylate tiennent à la production d'un état d'acidose, il faut alcaliniser parallèlement l'organisme; et alors que les auteurs précédents associaient au salicylate une dose de bicarbonate égale ou même le plus souvent inférieure de moitié, il montra qu'il fallait ajouter 2 grammes de bicarbonate à chaque gramme de salicylate. Il a pu ainsi voir des sujets présentant des signes d'intolérance avec 2 et 4 grammes et supportant 20 grammes et plus de salicylate avec une quantité double de bicarbonate; il a pu employer des doses qui paraissaient énormes: 15 gr. chez l'enfant de 6 ans, 30 grammes pendant 30 jours chez un adulte, sans observer d'accident.

Mais le traitement médicamenteux ne doit pas faire négliger le traitement *diététique de l'acidose*; on proscrira donc les graisses et surtout les albumines animales qui sont les plus cétogènes et l'alimentation comprendra surtout des hydrates de carbone: farineux et sucreries.

Le diagnostic de l'acidose salicylée se prête à quelques considérations. D'abord il faut savoir que la recherche urinaire de l'acétone—témoin fréquent sinon constant de l'acidose—ne peut se faire par le perchlorure de fer, car elle serait masquée par la coloration violette que donne la réaction avec le salicylate de soude; on emploie alors le procédé de Funning, recommandé par Martinet, et qui est le suivant: à quelques centimètres cubes

d'urine, on ajoute 2 ou 3 gouttes de teinture d'Iode et quelques gouttes d'ammoniaque et on chauffe; en cas d'acétonurie, il y a production d'iodoforme reconnaissable à son odeur, à sa couleur et à la forme de ses cristaux.

D'autres parts, le délire salicylique ne sera pas confondu avec le rhumatisme cérébral qui est annoncé par une violente céphalée et qui s'accompagne d'hyperthermie, alors que la température baisse dans le délire salicylique.

Mais on peut penser que ces considérations ne vont plus avoir qu'un intérêt historique, de même que la description des accidents du salicylate de soude; ceux-ci relèvent d'un état d'acidose et sont évités très simplement par l'adjonction d'une dose double de bicarbonate de soude ainsi que par le fractionnement de la prise quotidienne. La connaissance de l'acidose salicylique entraîne deux résultats éminemment pratiques: la suppression des accidents d'intolérance et la possibilité de doses de salicylate massives et prolongées grâce, auxquelles Danielopolu a pu prévenir les lésions cardiaques chez tous ses malades, aussi bien enfants qu'adultes.

Et ainsi se réalise le but idéal: Minimum d'action toxique, maximum d'action thérapeutique.

(Le Journal de Médecine de Lyon)

par *P. Delore.*

Ingram & Bell, Ltd.

Articles pour les hôpitaux et médecins

TORONTO — MONTREAL — CALGARY

Assortiment pour pharmacies et laboratoires

SUCCURSALE A MONTREAL — 160, RUE STANLEY.

Représentant à Québec: GEORGE SAINT PIERRE.

Téléphone: 2-1647

AGENTS CANADIENS: WAPPLER X-RAY CO.—BURDICK CABINET CO.—
HOSPITAL SUPPLY CO., NEW YORK, BRANHALL DEANE CO.

DIABETE SUCRE

"SON AUGMENTATION"

Une étude récemment publiée dans les *Archives of Internal Medicine* et qui avait fourni le texte d'une communication au *XVe Congrès annuel de l'American Medical Association*, mérite de retenir quelques instants l'attention. Les auteurs de ce travail copieusement documenté, M. Haven Emerson et Mme Louise Larimore, mettent en évidence un fait dont ils discutent la signification; ce fait, c'est une importante augmentation dans la proportion des morts par diabète dans les dernières années.

Si on prend, par exemple, la statistique de la ville de New-York, on constate que la mortalité par diabète en 1866 représentait un cas sur 2,437 morts de toutes causes. En 1923, cette proportion est de 1 mort par diabète sur 51 morts de toutes causes. Même en tenant compte de facteurs d'erreur possibles dont les auteurs, nous venons de le dire, discutent la signification, l'écart est trop énorme pour ne pas correspondre à une certaine et importante réalité.

Même constatation si l'on prend les chiffres de mortalité de l'ensemble des Etats-Unis. En 1880, la mort par diabète représente 0,14 pour 100 de l'ensemble des morts; en 1921, cette proportion est devenue 1,4, soit un changement de 500 pour 100 environ.

Cette augmentation de la mortalité par diabète aux Etats-Unis a été croissant et avait déjà à plusieurs reprises été signalée; par exemple, dans les travaux parus en 1906, 1907, 1909. De 1866 à 1923, on relève sur les registres du Département de la Santé de la ville de New-York 23.254 morts par diabète. Si l'on compare la courbe de cette mortalité par diabète à celle de la mortalité générale, on voit que tandis que cette dernière tombe progressivement de 36,86 à 11,72, la mortalité par diabète, calculée pour 1000,000 habitants, passe de 1,5 à 22,9.

Comme nous l'avons déjà dit, l'augmentation de mortalité par diabète a déjà été notée dans des statistiques antérieures. C'est ainsi que, pour Paris, les statistiques de J. Bertillin avaient montré que de 1865 à 1891, la mortalité par diabète avait plus que sextuplé. Au Danemark, la mortalité diabétique avait quadruplé en trente-cinq ans.

Comment peut-on dès lors interpréter ce phénomène d'augmentation de la mortalité par diabète? On peut d'abord se demander si, pour la population qui nous occupe, cet accroissement n'est pas, au moins pour une part, en rapport avec l'énorme proportion des Juifs aux Etats-Unis et à New-York en particulier: cette proportion dépasse actuellement le 29 pour 100 de la population. Or, il est difficile de répondre à cette question,

les statistiques de mortalité ne faisant pas mention de religion. Emerson et Larimore ont pu toutefois recueillir des chiffres qui montrent que, conformément à ce qu'on pouvait penser, étant donné la facilité avec laquelle les Juifs sont diabétiques, une forte proportion des cas de mort par diabète concerne des israélites. En effet, les statistiques de mortalité indiquent l'origine de chaque individu. Or, si, en s'aidant de ces indications, on classe les sujets, on trouve que la mortalité par diabète est beaucoup plus grande pour les Américains d'origine allemande ou autrichienne, c'est-à-dire pour une fraction de la population qui précisément comporte une part plus considérable de sang juif que les autres.

A l'opposé, les sujets de race noire fournissent une proportion de morts par diabète moindre que les Blancs.

Cette question de race mise à part, l'augmentation de la mortalité par diabète paraît relever avant tout des conditions de régime. On sait de tout temps que celles-ci interviennent dans la constitution du diabète, et la guerre en a fourni une démonstration saisissante en faisant apparaître une réduction importante des cas de diabète et de leurs accidents sous l'influence des restrictions alimentaires imposées par les circonstances de guerre.

Emerson et Larimore ont construit des tables qui mettent en évidence un parallélisme entre la mortalité par diabète et la consommation de sucre par tête d'habitant, pour les Etats-Unis, l'Angleterre et Paris. Aux Etats-Unis, cette consommation a crû dans des proportions énormes, puisqu'elle est passée de 54 livres par tête en 1890 à 78 livres en 1913, pour atteindre 84 livres en 1921. En Grande-Bretagne, elle est montée de 58 livres en 1890 à 78 livres en 1913 pour redescendre pendant la guerre et les années qui l'ont suivie : elle n'était en 1919 que de 59 livres. En France nous trouvons, en 1890, 28 livres ; en 1913, 45 livres ; 1920, 39 livres.

Une suralimentation que rien ne justifie représente donc pour Emerson et Larimore la cause la plus importante de l'augmentation considérable de la mortalité par diabète que les statistiques mettent en évidence pour leur pays.—(Extr. de La Pr. Méd., 21 fév. 1925).

**INFECTIONS ET TOUTES
SEPTICEMIES**

(Académie des Sciences et Société
des Hôpitaux du 22 décembre
1911.)

....LABORATOIRE COUTURIEUX....

18, Avenue Hoche, Paris.

Traitement LANTOL
— PAR LE —

Rhodium B. Colloïdal
électrique

AMPOULES DE 3 C'M.

L'ULCERE PEPTIQUE DU DIVERTICULE DE MECKEL

(ANALYSE)

L'existence d'un ulcère peptique localisé au niveau du diverticule de Meckel est une acquisition toute récente dans le domaine de la pathologie.

En ce qui concerne l'étude des symptômes, l'on peut dire que l'existence d'un ulcère peptique du diverticule de Meckel ne se manifeste, en général, que par ses deux grandes complications : hémorragies intestinales et péritonite par perforation.

Les *hémorragies* sont le plus souvent abondantes et de sang noir, généralement mélangé aux matières, pouvant donner l'aspect de chocolat cuit (Guibal) ; dans le cas de Mégevant et Dunant, le malade eut une selle très abondante, de sang uniquement rouge, inondant le lit.

Si ces hémorragies sont variables dans leurs caractères, elles le sont également dans leur évolution, "pouvant survenir par crises à plusieurs années d'intervalle, par périodes de deux ou trois jours séparées par des intervalles de même durée où elles manquent complètement, et se répétant ainsi pendant un mois". (Humbert).

C'est dire qu'elles s'accompagnent fréquemment d'un syndrome plus ou moins marqué d'anémie pouvant nécessiter, comme dans le cas de Guibal, une transfusion de sang préopératoire.

La *perforation* peut débiter soudainement ou avoir été précédée par du melaena. Elle se traduit par l'apparition d'un syndrome de perforation habituel, à siège péri-ombilical, qui conduit rapidement, si l'on n'intervient pas, à la péritonite généralisée et à la mort.

Certains auteurs ont pratiqué divers examens tels que : étude du chimisme gastrique, radioscopie, recto-sigmoïdoscopie, sans en retirer aucun renseignement utile.

En présence d'une affection aussi rarement observée, il serait plus théorique que pratique de vouloir chercher à en poser le *diagnostic*.

Si les hémorragies dominent la scène, l'erreur sera commise avec l'ulcère du duodénum, avec une tuberculose iléocaecale à forme ulcéreuse, un polype du gros intestin ; bien que l'erreur avec l'invagination intestinale n'ait jamais été commise, il nous paraît logique toutefois de citer cette affection.

Si le tableau clinique est celui d'une perforation, on pense, par suite de l'âge du sujet et de sa fréquence, à l'appendicite. Ce qu'il faut savoir surtout, c'est ne pas temporiser, et, en l'absence d'un diagnostic de lésion anatomique, savoir porter un diagnostic d'intervention.

La conclusion pratique à tirer des huit observations actuellement publiées est qu'actuellement, en présence d'un syndrome d'hémorragie intestinale menaçant dont on ne retrouve pas la cause, soit syndrome hémorragique isolé, soit syndrome hémorragique et péritonite par perforation réunis, il faut penser à la possibilité d'un ulcus peptique d'un diverticule de Meckel compliqué, mais surtout qu'il importe d'intervenir précocement et de toujours vérifier l'état du diverticule de Meckel quand on ne trouve pas ailleurs l'explication.

(Extr. de La Pr. Méd., 18 fév. 1925)

J. Sénèque.

HEMORRHAGIES DUES A L'HYPERTROPHIE DE L'AMYGDALE DE LUSCHKA ET SIMULANT DES HEMOPTYSIES.

Par M. F. GATTESCHI.

La nécessité de ne pas conclure à l'hémoptysie avant d'avoir fait un examen minutieux de la cavité rhino-pharyngienne, en cas d'hémorragie buccale accompagnée de toux, résulte bien des 3 observations relatées par M. Gatteschi.

Dans la première, il s'agit d'une jeune fille d'une vingtaine d'années, de bonne constitution et sans antécédents morbides personnels ni héréditaires, qui avait depuis plus de deux mois des sortes d'hémoptysies se reproduisant plusieurs fois par jour, au milieu de quintes de toux, mais sans expectoration catarrhale. L'examen des organes respiratoires étant demeuré négatif, et la cause de ces hémorragies inquiétantes restant obscure, la malade fut présentée à l'auteur qui reconnut sur la paroi postérieure du pharynx des granulations et un état variqueux des vaisseaux; l'amygdale de Luschka était le siège de véritables végétations adénoïdes, dont l'attouchement déterminait la reproduction de l'hémorragie. On décida donc l'ablation de ces masses néoplasiques; la petite intervention entraîna une effusion de sang assez considérable, mais qu'il fut facile d'arrêter. Les suites opératoires furent tout à fait normales, et la guérison se maintient depuis quatorze mois.

Les deux autres cas, en tout comparables au précédent, concernent de jeunes hommes, respectivement âgés de dix-huit et de vingt-neuf ans, chez lesquels l'apparition d'hémorrhagies buccales — avec toux et expectoration catarrhale pour l'un d'eux — faisait craindre un début de tuberculose pulmonaire: chez l'un et l'autre, l'extirpation de l'amygdale de Luschka hypertrophiée suffit à amener une guérison définitive.

UN VACCIN CONTRE LA TUBERCULOSE

Dans une communication à l'Académie de médecine, qui a produit la plus vive impression, le docteur Albert Calmette, sous-directeur de l'Institut Pasteur, a fait connaître, en son nom et au nom de ses collaborateurs C. Guérin, B. Weill-Hallé, L. Nègre, A. Boquet, Wilbert et Turpin, les résultats cliniques et expérimentaux de la méthode de vaccination préventive des nouveau-nés contre la tuberculose par le vaccin BCG.

Dans une série de recherches poursuivies sans interruption depuis plus de vingt ans, après avoir étudié le mécanisme de l'infection bacillaire et le rôle des réinfections dans l'évolution de la tuberculose expérimentale, M. Albert Calmette et ses collaborateurs avaient démontré qu'il était possible, en utilisant comme virus-vaccin la culture vivante d'un bacille d'origine bovine—appelé par eux BCG—artificiellement atténué et privé de toute propriété tuberculigène, de conférer aux jeunes animaux indemnes de tuberculose préexistante une véritable immunité à l'égard des contaminations naturelles ou artificiellement provoquées.

Leurs expériences de laboratoire leur ayant fourni des résultats constamment favorables, ils ont cru devoir les étendre d'abord aux jeunes bovins, puis aux singes, et enfin à de jeunes enfants nés dans un foyer familial contaminé.

Les résultats obtenus ont été aussi satisfaisants qu'on pouvait le souhaiter.

“Aucun des nourrissons vaccinés pendant le premier semestre 1922, c'est-à-dire depuis trois ans, n'est mort d'une affection présumée tuberculeuse, a dit le docteur Albert Calmette.

“Ces nourrissons étaient au nombre de cent soixante-hix-huit. Quarante-vingt-quatorze d'entre eux, revue en mai 1925 sont en parfaite santé et leur croissance a été normale.

“Du 1er juillet 1924 au 1er juin 1925, deux mille soixante-dix nouveau-nés ont été vaccinés par le BCG, fourni par l'institut Pasteur, en France et en Belgique. On n'a relevé aucun incident à la suite de cette vaccination, qui consiste à faire ingérer trois fois, à quarante-huit heures d'intervalle, au jeune bébé, du troisième au dixième jour après sa naissance, une dose de vaccin dans une petite cuillerée de lait.

“Cent trente-sept de ces enfants, vaccinés entre le 1er juillet et le 1er décembre 1924, dans les familles où ils étaient particulièrement exposés à la contagion n'ont pas fourni un seul décès par tuberculose, alors que la mortalité des enfants non vaccinés placés dans les mêmes conditions est, à Paris, de 32.6 p.c. au cours de la première et de 24 p.c. dans toute la France.

“L'expérimentation montre que le vaccin BCG confère aux singes et aux jeunes bovins une résistance manifeste à l'infection tuberculeuse naturelle ou artificiellement provoquée.

“Il semble donc bien qu'on puisse considérer cette méthode de prévention de la tuberculose chez les jeunes enfants comme n'offrant aucun danger, et que son efficacité ne fasse plus de doute”.

Les observations accumulées et le temps apporteront, ainsi que l'a dit en terminant le Dr A. Calmiete, les précisions désirables sur sa valeur pratique.

EMPLOI DE L'EXTRAIT DE FEVES DE CALABAR

CONTRE L'ATONIE INTESTINALE CONSECUTIVE AU MORPHINISME CHRONIQUE.

Préconisé jadis par les médecins anglais contre la constipation habituelle, l'extrait de fèves de Calabar n'est guère employé de nos jours d'une façon courante, en thérapeutique. Or, à en juger d'après l'expérience de M. le docteur O. Emmerich (de Baden-Baden), ce remède rendrait d'excellents services dans le traitement des manifestations graves de l'atonie intestinale due au morphinisme chronique. On sait, d'ailleurs, que l'alcaloïde de la fève de Calabar, l'*ésérine*, est depuis quelque temps utilisé contre les accidents relevant de l'atonie intestinale aiguë (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 352 et 1902, p. 200 et 377).

M. Emmerich prescrit habituellement un mélange composé de 0 gr. 10 centigr. d'extrait de fèves de Calabar, 10 grammes de glycérine et 5 grammes d'eau distillée d'amandes amères, dont il fait absorber, pendant une journée, trois gouttes toutes les deux heures; puis on suspend la médication pour la reprendre le surlendemain, en augmentant, au besoin et avec circonspection, la dose. Dès que les phénomènes de météorisme ont complètement disparu, on arrête l'emploi du remède et on entretient la tonicité de l'intestin par des moyens appropriés (“gymnastique intestinale”, régime alimentaire convenable, etc.).

L'usage de l'extrait de fèves de Calabar serait particulièrement indiqué dans la troisième période du morphinisme, lorsque l'atonie intestinale est très accentuée et s'accompagne d'une diminution notable des sécrétions glandulaires et de ptoses viscérales fortement accusées. Toutefois, cette médication est contre-indiquée lorsqu'il existe une néphrite aiguë ou chronique avec phénomènes urémiques, ainsi que dans les cas de cirrhose hépatique, d'artériosclérose ou de pyrexies aiguës.

NEPHRITE RHUMATISMALE

(Extraits)

Dans le "Journal de Médecine de Lyon" (No. 127, 1925), sous la signature de MM. Chalié et Delore, nous lisons un beau travail sur la néphrite rhumatismale, où on apprend, entre autres choses, que l'albuminurie et la néphrite aiguë ne sont pas des contre-indications à l'emploi du salicylate de soude, comme on nous l'enseignait autrefois. Nous en extrayons la dernière partie.

En somme, tout le monde est d'accord aujourd'hui pour reconnaître que la néphrite n'est pas due au salicylate et qu'au contraire, au cours du rhumatisme, cet agent met à l'abri de la complication rénale. Un albuminurie même abondante n'est pas une contre-indication au traitement salicylé; dans plusieurs observations, on voit que les doses de 6 à 8 grammes ont été parfaitement tolérées, même chez des vieillards néphro-scléreux. Mais il faut prendre des précautions:

1°—Précautions propres au salicylate de soude en général, sur lesquelles Tripié insistait et que récemment l'école roumaine avec Danielopolu a rappelées: diète lactée, dilution et fractionnement des doses qui seront prises aux repas, adjonction d'un alcalin.

2°—Précaution propre à la néphrite elle-même: nous voulons parler du *contrôle de l'élimination urinaire du médicament*; en effet quel que soit le type clinique de la néphrite, le seul critère pour l'administration du salicylate sera l'état de la perméabilité rénale; seule, dit Uzau, l'élimination urinaire du salicylate permettra d'en régler pour chaque cas l'administration. Cette analyse est d'ailleurs fort simple: l'addition d'un peu de perchlorure de fer à l'urine donne en présence de l'ac-salicylique une coloration bleu violet intense. Un procédé élégant recommandé par Martinel est le suivant:

1°—Acidifier l'urine avec quelques gouttes d'acide acétique;

2°—Laisser tomber 1 ou 2 gouttes sur du papier filtré;

3°—Verser à proximité une goutte de la solution officinale de perchlorure de fer.

En cas de présence d'acide salicylique dans l'urine une forte ligne de démarcation se produit à la rencontre des deux liquides.

La conclusion pratique est la suivante : en présence d'un rhumatisme articulaire aigu, on donnera d'emblée le salicylate de soude, celui-ci prévient les lésions rénales de même que les lésions cardiaques, disait Josserand en 1913 ; c'est donc un véritable agent prophylactique de la néphrite rhumatismale. Dès le premier jour, on analysera systématiquement les urines, si l'albuminurie apparaît, seule ou accompagnée d'autres symptômes de néphrite, on surveillera chaque jour l'élimination urinaire du médicament. On commencera par des doses faibles, mais on n'hésitera pas à les augmenter rapidement si elles sont bien supportées ; la présence de l'albuminurie n'entraîne que la prudence dans l'administration du médicament et la surveillance de l'élimination rénale. Si celle-ci est bonne, on augmentera la dose si la forme clinique l'exige. Si des symptômes d'imperméabilité rénale se manifestent, on diminuera ou on cessera le médicament. Sinon on continuera ; mais alors quelle doit être la *durée du traitement* ?

Faut-il continuer le salicylate jusqu'à disparition de toute albuminurie ou l'arrêter après disparition des phénomènes généraux en dépit de la persistance d'une albuminurie résiduale ? Pour certains auteurs, et c'est l'opinion admise, la médication salicylée doit être prolongée bien au-delà de ses limites habituelles, mais une fois que les symptômes généraux ont disparu, une fois que le taux de l'albuminurie reste fixe, on peut et on doit cesser le médicament. Le plus souvent, il est vrai, l'albuminurie disparaît en quelques semaines, mais si elle se prolonge, on s'abstiendra, car les lésions ont perdu leur spécificité et la néphrite chronique présente des dangers d'imperméabilité plus considérable.

Il est bien entendu qu'à côté du salicylate de soude, on prescrira les règles hygiéniques et diététiques classiques du rhumatisme articulaire aigu : repos au lit, diète hydrique et lactée, etc. On peut dire à ce propos que beaucoup des accidents rénaux imputés au salicylate ont dû relever d'une faute du régime concomittante. On n'oubliera pas non plus les procédés thérapeutiques propres à la néphrite aiguë (révulsion lombaire, traitement de l'urémie, etc.).

PETITES CONSULTATIONS

UN MOYEN POUR EVITER LES EFFETS HEMETIQUES DE L'IPECA DANS LE TRAITEMENT DE LA DYSENTERIE.

On sait combien il est difficile de combattre la dysenterie par l'ipéca à hautes doses sans provoquer chez le malade un état nauséux, voire même des vomissements. Afin de remédier à cet inconvénient, un médecin militaire américain, M. le docteur W. Roberts, prescrit l'ipéca sous forme de pilules recouvertes d'une couche de salol: comme ce dernier est insoluble dans le suc gastrique, les pilules en question arrivent inaltérées dans l'intestin, où, le salol une fois dissous, l'ipéca se trouve mis en liberté et peut exercer son action antidysentérique sans produire de vomissements.

Notre confrère emploie des pilules contenant chacune 0 gr. 50 centigr. d'ipéca, et qui, une fois bien sèches, sont plongées pendant quelques instants dans du salol rendu liquide soit par l'action de la chaleur, soit par dissolution dans de l'éther.

PRURIT ET PRURIGO COMME SIGNES REVELATEURS
DE LA CARCINOSE ABDOMINALE.

Chez 4 malades qui se plaignaient simplement de prurit, j'ai constaté trois fois un cancer de l'estomac et une fois un néoplasme de la région splénique. L'affection cutanée se présentait sous des aspects un peu différents: prurit simple, dit *sine materia*, dans 2 cas; prurit avec eczématisation dans 1 cas; *prurigo ferox* de Vidal chez le quatrième patient.

J'ai cru intéressant de rappeler les relations qui existent entre le prurit cutané et le cancer abdominal. M. Bernier les a déjà signalées, il est vrai, dans ses annotations du traité de Kaposi, mais elles sont peu connues et ne se trouvent pas mentionnées dans les traités de pathologie interne. Bien que la coïncidence du prurit et du cancer ne soit pas très fréquente, elle mérite cependant de retenir l'attention, car les troubles cutanés peuvent apparaître longtemps avant les premières manifestations du cancer et constituer en quelque sorte un signe révélateur.

A côté des prurits hépatiques, urémiques, diabétiques, alcooliques et séniles, il y a donc lieu d'admettre un prurit cancéreux.

UN NOUVEAU TRAITEMENT DE LA CYSTITES TUBERCULEUSE.

MM. Marion et Blanc ont utilisé, avec le plus grand succès, les instillations vésicales de bleu de méthylène dans les phénomènes de cystite qui accompagnent la tuberculose rénale, aussi bien chez les malades opérés que chez les malades inopérables. Il n'existe aucune contre-indication. La technique est la suivante :

On injecte dans la vessie 10 à 15 cmc d'une solution tiède de bleu de méthylène dans le sérum artificiel ; la solution est à 1 pour 100 dans les cas moyens ; dans les cas aigus, ou quand la situation est bien améliorée, on emploie une solution à 0.50 pour 100. La solution à 2 pour 100 est douloureuse. Si la vessie est très sale, il faut d'abord la déterger par des lavages. L'instillation est répétée tous les 2 jours dans les cas moyens, tous les 3 jours dans les cas aigus. 4 à 5 instillations suffisent à donner au malade une quiétude assez longue. Il vaut mieux reprendre le traitement de temps en temps que de le prolonger. Il faut continuer en même temps à donner du bleu par la bouche.

Le bleu de méthylène a une action à la fois antiseptique et antinévralgique. Si l'on examine une vessie ainsi traitée, on voit que le bleu se fixe exclusivement sur les zones malades. Cette méthode, qui n'a jamais donné d'insuccès, a un effet rapide et merveilleux sur la pollakiurie, les douleurs vésicales et urétrales et les petites hématuries. La capacité vésicale augmente notablement. Les résultats sont seulement moins bons dans la cystite avec incontinence, mais il y a quand même une amélioration. Un malade, qui urinait toutes les $\frac{1}{2}$ heures, au bout de 3 semaines pouvait rester 6 heures sans uriner, alors que la bilatéralité des lésions rénales avait interdit toute néphrectomie.

ARTHRITE BLENNORRAGIQUE GUERIE PAR L'ELECTRARGOL.

Devant la Soc. Sciences méd. et biologiques de Montpellier, M.M. Puech et Sicard disent avoir obtenu en quelques jours la disparition des phénomènes phlegmoneux articulaires et l'abaissement de la température chez un malade atteint d'arthrite blennorragique du coup-de-pied par des injections périarticulaires d'électrargol (5 à 10 cmc pendant 4 jours). La vaccinothérapie, employée jusque-là, avait complètement échoué. Il persiste toutefois une raideur articulaire marquée qui s'améliore par la mécanothérapie.

(La Pr. Méd., 20 déc., 1924)

L'EMPLOI DU CHLOROFORME A TITRE DE TAENIFUGE.

D'après l'expérience de M. le docteur M. Léger (médecin des troupes coloniales françaises), le chloroforme exercerait une action taenifuge tout au moins aussi efficace que celle des anthelminthiques usuels (extrait de fougère mâle, kousso, pelletière). Voici quelle est la façon de procéder adoptée par notre confrère: le patient étant à la diète lactée et ayant reçu, dans la soirée, un lavement purgatif, on lui fait prendre le lendemain matin, en quatre fois, à trois quarts d'heure d'intervalle, la potion suivante:

Chloroforme	4 grammes
Sirop de sucre	30 —
Eau	120 —

Entre la troisième et la quatrième prise, on donne 30 grammes d'huile de ricin ou 35 grammes d'eau-de-vie allemande.

M. Léger a eu l'occasion de traiter de la sorte 11 nègres soudanais porteurs de taenia inerme: 7 fois l'expulsion fut complète, 4 fois on ne retrouva pas la tête dans la masse helminthique expulsée. Ces insuccès paraissent, d'ailleurs, avoir pour cause le défaut de patience du malade et les tiraillements plus ou moins brusques exercés en vue de hâter la sortie du ver.

TRAITEMENT DE L'ENTERO-COLITE MUCO-MEMBRANEUSE.

M. le docteur J. Chéron recommande l'usage de l'acide picrique en lavements, qui doit être employé de la manière suivante:

Le matin à jeun, la malade prendra un lavement d'un litre d'eau boriquée (une demi-cuillerée à soupe d'acide borique représente la quantité d'acide borique suffisante pour un litre), qui entraînera les matières ovillées et détachera de la paroi intestinale les concrétions membraneuses adhérentes. Après avoir été à la selle, la malade prendra un quart de lavement contenant une cuillerée à café de la solution suivante:

Acide picrique	1 gramme
Eau distillée	120 grammes

Ce dernier lavement doit être gardé.

L'acide picrique ainsi employé combat directement la lésion en modifiant promptement les épithéliums altérés, ce qui explique son efficacité toute particulière.

LA VALEUR DIAGNOSTIQUE ET THERAPEUTIQUE DE L'EAU OXYGENEE DANS LES AFFECTIONS DE L'ESTOMAC.

Ayant prescrit à un malade pour lequel le diagnostic hésitait entre un ulcère et un cancer de l'estomac une potion contenant 6 grammes d'eau oxygénée pour 200 grammes de véhicule, M. le docteur N. Novicov (médecin militaire russe) constata que chaque prise de ce médicament, administré par cuillerées à bouche toutes les deux heures, provoquait des douleurs gastriques tellement violentes qu'après la troisième cuillerée le patient renonça à continuer la mixture. Cette sensibilité extrême de la muqueuse gastrique à l'égard d'une solution faible de peroxyde d'hydrogène militait en faveur de l'hypothèse d'ulcère de l'estomac et, de fait, sous l'influence d'un traitement approprié, le malade ne tarda pas à guérir.

Fort de cette constatation, notre confrère a eu l'idée d'employer, d'une façon systématique, l'eau oxygénée dans le but de faciliter le diagnostic de l'ulcère de l'estomac, diagnostic qui, comme on le sait, ne laisse pas que d'être embarrassant en l'absence d'hématémèses, les autres manifestations cliniques de cette lésion étant loin d'être pathognomoniques. En utilisant le peroxyde d'hydrogène en solution faible, M. Novicov a été à même de reconnaître, dans plusieurs cas, l'existence d'un ulcère gastrique et de voir ensuite ce diagnostic confirmé par le succès du traitement.

D'autre part, notre confrère a ainsi pu se rendre compte de la valeur thérapeutique de l'agent médicamenteux en question: à en juger d'après ses observations, l'eau oxygénée rendrait de bons services dans les cas de gastrite, en arrêtant les vomissements et en exerçant une action désinfectante sur le tube digestif. A ce titre, elle serait également indiquée contre les gastro-entérites infantiles. Enfin, M. Novicov en a aussi obtenu des résultats encourageants dans le traitement de la constipation habituelle par atonie intestinale.

LA LEVURE DE BIÈRE CONTRE L'AMYGDALITE PHLEGMONEUSE.

Il y a quelque temps, M. le docteur Durand (de Caluire) a fait connaître un cas d'angine phlegmoneuse, où, suivant l'exemple d'un confrère lyonnais, il s'était servi, pour combattre cette affection, de levure de bière. Il s'agissait d'une jeune fille de vingt-deux ans, qui était prise, chaque printemps d'une amygdalite phlegmoneuse se terminant, au bout d'une huitaine de jours, par un abcès qu'on était obligé d'inciser. Or, la levure sèche, administrée à la dose quotidienne de quatre cuillerées à café, à partir du quatrième jour de la maladie—lorsque l'amygdale intéressée présentait déjà l'aspect caractéristique d'un abcès en formation (rougeur intense, tuméfaction, oedème de la louette, engorgement ganglionnaire)—ne tarda pas à amener un soulagement notable, et la patiente guérit après avoir simplement craché quelques gouttelettes de pus sanguinolent.

De son côté, et dès 1899, M. le docteur H. Toupet, médecin des hôpitaux de Paris, avait déjà employé le même mode de traitement, comme en témoigne une des observations inédites que M. le docteur A. Ferry vient de colliger dans sa thèse inaugurale.

Il semble résulter de ces observations—dont 2 ont été recueillies par M. Ferry, 2 par M. Toupet et une par M. le docteur Vernet—que l'emploi de la levure supprime dans l'espace d'une dizaine d'heures la douleur à la déglutition, en même temps qu'elle ferait aussi disparaître les élancements que les malades éprouvent dans les oreilles. Au bout d'un ou deux jours de traitement, le patient serait à même de reprendre ses occupations, tout en continuant à avoir l'amygdale un peu grosse et dure, mais non douloureuse. L'usage de la levure sèche à la dose quotidienne de deux ou trois cuillerées à café amènerait en cinq ou six jours la disparition de toute trace d'empâtement. Il est bon de s'assurer préalablement de l'activité de la levure au moyen de sa révivification dans de l'eau sucrée.

La médication dont il s'agit présenterait, en outre, le double avantage de prévenir les complications (oedème de la glotte, ulcération des vaisseaux, etc.) qu'on observe assez souvent au cours de l'amygdalite phlegmoneuse, et de rendre inutile toute intervention chirurgicale.

ABCES PERI-AMYGDALIEN

Les symptômes de l'abcès péri-amygdalien, à son début, ressemblent beaucoup à ceux de l'amygdalite aiguë. La température est souvent élevée, et la prostration est prononcée. La douleur de la gorge est forte et continue; la déglutition l'augmente. La douleur est telle qu'elle se propage jusqu'à l'oreille du côté malade. Au bout de 48 heures, le malade ne peut plus séparer les mâchoires que d'un quart de pouce à peine. La difficulté d'avaler est telle que le sujet ne se nourrit pas ou presque pas. Des mucosités épaisses, collantes, visqueuses, se collectent dans la partie postérieure de pharynx; et le patient a toutes les peines du monde pour les avaler ou les expectorer. La bouche, légèrement entr'ouverte, laisse égoutter de la salive. Le torticollis n'est pas rare; et la contracture de la mâchoire inférieure est un symptôme constant. Il y a de la dyspnée, du ronflement; le sujet respire la bouche ouverte; la voix est changée, le timbre est nasillard. Il parle du "nez".

QUELQUES SYMPTOMES DE LITHIASÉ BILIAIRE.

Devant la Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris (déc. 1924), M. J. Muscio-Fournier, signale l'importance diagnostique des symptômes suivants:

1°—Des sensations d'engourdissement et de douleurs névralgiques dans le bras droit, d'ordre réflexe, peuvent se montrer en dehors de tout phénomène douloureux hépatique comme le premier trouble accusé par les malades; elles sont soulagées par des applications chaudes sur la vésicule même quand celle-ci n'est pas spontanément douloureuse. La présence d'une parésie réflexe du bras droit à la suite d'une violente douleur abdominale doit éveiller l'hypothèse d'une colique hépatique.

2°—L'existence d'une gastralgie à la suite d'ingestion de boissons glacées ou de bains froids chez un dyspeptique qui ne souffre pas dans d'autres circonstances (excès alimentaires) est assez souvent observée dans la lithiasé biliaire.

3°—L'apparition de violentes douleurs dorsales, accompagnées de nausées et même de régurgitation pituitieuses n'est pas rare chez ces malades.

4°—L'exagération des troubles dyspeptiques à la suite de secousses doit éveiller l'idée d'une lithiasé biliaire. L'apparition d'un mouvement fébrile accompagné d'urobilinurie dans ces circonstances est particulièrement significative.

L'auteur souligne l'absence de caractère pathognomonique de tous ces signes qui doivent simplement attirer l'attention sur une lithiasé biliaire.

(La Presse Médicale, 17 déc., 1924)

GLYCERINE SURAMIDONNÉE EN PANSEMENT.

Devant la Soc. de Chirurgie (déc. 1924), M. Paul Gallois rappelle qu'il y a 40 ans qu'il emploie d'une façon courante et habituelle la glycérine en pansement; ce mode de pansement lui a donné pleine et entière satisfaction. Il présente trois façons de faire ces pansements: 1°—Le pansement assez humide qui consiste en un tampon de coton hydrophile trempé dans un liquide quelconque de pansement, bien exprimé, et retrempé dans la glycérine; ce pansement est un véritable cataplasme et remplace également les enveloppements chauds;

2°—Application sur un lint de glycérolé d'amidon du commerce; sert pour les brûlures, les coupures, etc.;

3°—Enfin le *glycérolé suramidonné* (incorporer dans 100 gr. de glycérolé ordinaire une quantité d'amidon variant de 20 à 50 gr.); c'est l'équivalent d'un pansement par des poudres: pour plaies fournissant beaucoup de pus, pour l'impétigo, etc.

N.B.—Si l'on ne veut le glycérolé du commerce, voici comment on prépare le glycérolé d'amidon.

Il faut prendre de l'amidon de blé de bonne qualité, et, à son défaut, celui d'arrow-root: les amidons de rézou de maïs ne donnent pas d'aussi belles préparations. La glycérine, dont on se sert, doit marquer 28 degrés. On délaye une partie d'amidon dans 15 parties de glycérine; on chauffe doucement dans une capsule de porcelaine en agitant avec une spatule jusqu'à ce que la masse soit parfaitement homogène et présente la consistance de l'empois. Quelques gouttes d'eau favorisent l'opération en hydratant l'amidon. Le produit obtenu est blanc, demi-transparent, onctueux au toucher, frais à la peau et ne rancit pas.

(La Pr. Méd., 20 déc., 1924.)

LITHIASSE RENALE

"SIGNE NOUVEAU"

Le diagnostic de la lithiasse rénale n'est pas toujours facile; il y a des cas où on ne trouve pas l'aspect schématique indiqué dans les classiques.

C'est pour cela qu'il importe d'insister sur un nouveau signe.

Ce signe est la douleur que l'on provoque en percutant profondément la région lombaire.

Voici comment on procède pour le mettre en évidence: le malade debout ou assis, légèrement incliné en avant on commence à percuter profondément, de haut en bas, avec le bord cubital de la main, depuis la huitième ou neuvième vertèbre dorsale, la région dorso-lombaire. En arrivant au niveau de l'organe affecté, il se produit une douleur profonde, si intense que le malade pousse un cri et rejette son corps en arrière, tâchant d'éviter une nouvelle épreuve.

Lorsqu'il y a eu une crise douloureuse dont l'origine est douteuse, le signe est de telle valeur qu'il permet d'affirmer sa nature lithiasique rénale.

NOUVELLES

M. George Ahern: La presse quotidienne n'a pas manqué d'énumérer tous les titres des nouveaux professeurs agrégés à la Faculté de Médecine de Laval. Seulement elle a été un peu chiche de ses compliments pour M. le Docteur George Ahern. En effet, mal informée sans doute, elle a omis de mentionner les titres véritables de notre ami Ahern à cette nomination. Le sentiment de la justice nous oblige à réparer cet oubli.....volontaire.

Gradué à l'Université Laval, avec le titre de "Summa cum laude", Ahern remporta le prix Morrin en 1911. Une fois médecin, il passa quelque temps en Europe à suivre les hôpitaux de Lyon, de Paris, de Berck-sur-Mer. De retour au pays, en 1912, il devint assistant chirurgien à l'Hôtel-Dieu de Québec, aide-d'anatomie pendant 3 ans, puis bibliothécaire à la Faculté de Médecine depuis 1921. En 1924 il fut nommé chirurgien de l'Hôpital Saint-Michel Archange; il est aussi assistant au dispensaire des maladies vénériennes.

* * *

Dr Desmeules: Nous saluons le retour au pays de notre ami le Dr. Roland Desmeules, qui a passé un an à Paris et à Strasbourg à suivre les cliniques médicales. Nous le saluons avec d'autant plus de plaisir que nous voyons revenir un collaborateur régulier du "Bulletin Médical", qui ne manquera pas de faire profiter nos abonnés du fruit de ses études. La belle leçon clinique du professeur Sergent, que nous publions aujourd'hui, est une preuve de l'intérêt qu'il porte à notre périodique.

CORRESPONDANCE

SANATORIUM DU LAC EDOUARD

Lac Edouard, P. Q., 1er juillet, 1925.

A. M. le Dr Albert Jobin,
Directeur "Le Bulletin Médical".

Monsieur,

Sachant l'intérêt que vous portez aux oeuvres de l'hospitalisation, je n'hésite pas à vous communiquer la nouvelle suivante, pour publication, dans votre intéressant journal: "Le Bulletin Médical".

Un contrat, au montant de \$117,000.00 vient d'être accordé pour l'agrandissement du Sanatorium du Lac Edouard. Cet établissement, situé à 100 milles au nord de Québec, dans les Laurentides, traite, exclusivement, les malades souffrant de tuberculose pulmonaire. Le Sanatorium reçoit, actuellement, 60 malades; avec l'aile nouvelle, 125 malades seront hospitalisés. Cet agrandissement est devenu nécessaire en vue des nombreuses demandes d'admission reçues par les autorités du Sanatorium.

Seuls, les malades de la première et de la seconde période, sont admis. Le Sanatorium est situé dans un endroit idéal et offre aux personnes souffrant de tuberculose pulmonaire, tous les avantages scientifiques et climatiques, pour leur guérison.

Le Docteur J. A. Couillard, B.A., L. Ph., M.D., est le Surintendant Médical et dirige l'Institution depuis douze ans."

Votre dévoué,

*J. A. Couillard.***Antiphlogistine**

Nos lecteurs auront constaté avec un intérêt considérable l'insertion de l'annonce de la Denver Chemical Mfg. Co., de New-York, dans le numéro de ce mois. Cette compagnie fabrique la spécialité dénommée "ANTIPHLOGISTINE", un des remèdes le plus usité du monde, et qui est préparé dans des laboratoires établis dans tous les centres commerciaux. Ce remède est prescrit journellement par des milliers de médecins dans le traitement des inflammations de petite étendue aussi que dans les conditions inflammatoires du thorax comme la pneumonie, la pleurésie, etc.

Les annonces de l'ANTIPHLOGISTINE sont publiées dans tous les journaux médicaux d'importance dans les quatre coins du monde. Donc, nous le croyons vraiment utile d'attirer l'attention de nos confrères sur cette préparation sérieuse, et de leur recommander vivement de se mettre au courant de ses qualités et de sa valeur thérapeutique.

Echantillonnage libéral littérature illustrée sur simple demande adressée à "THE DENVER CHEMICAL MFG. CO., NEW-YORK, U.S.A."

LE MEDECIN PERD SON PRESTIGE

Le médecin, dans le milieu social actuel, est impuissant; que disons-nous? il coopère même, pour sa part, à la décadence générale. Il a perdu presque entièrement son prestige d'autrefois, et les facteurs de déficit moral sont: la pauvreté de sa culture intellectuelle, l'effrayante insuffisance de sa valeur médicale et la lutte pour la vie.

Combien rares sont en effet les médecins qui cultivent encore les lettres, les sciences ou les arts; qui, à titre de délassement, savent encore se retirer dans la *sacrarium* d'Apollon. Est-il, cependant, distraction plus intéressante et plus noble que celle de vivre et de converser avec les grands hommes de tous les temps? C'est un des beaux avantages de la sociabilité et le plaisir des âmes honnêtes et des esprits cultivés. Dans notre jeunesse nous n'avons qu'effleuré les écrivains classiques, plutôt faits pour être goûtés dans un âge mûr, mais qu'une vie dissipée néglige trop souvent. Le rôle social du médecin exige, malgré l'opinion contraire des outranciers de l'égalité, des connaissances solides et variées. L'entrée de la carrière devrait être impitoyablement interdite à ceux qui n'ont point de lettres; sans elles l'âme ne peut s'élever au-dessus d'un humiliant terre à terre qui l'immobilise dans les mille riens de la vie où ne tarde pas à sombrer tout prestige.

* * *

L'affaiblissement des études médicales est aussi pour beaucoup une cause puissante de dépréciation de la valeur sociale du médecin. Il a sa source dans l'esprit positif du siècle qui n'apprécie plus guère que ce qui est directement utile, c'est-à-dire ce qui mène par la voie la plus courte et la plus facile à la satisfaction d'un intérêt, à l'acquisition d'une jouissance sensuelle et matérielle. De sorte, qu'à l'heure actuelle, dans les études médicales comme ailleurs, règne le "cui bono, Domine?" et on ne veut plus se donner la peine d'apprendre que ce qui paraît strictement nécessaire, ou ce qui mène le plus rapidement à une position fructueuse.

Les parents sont pressés de voir un terme aux sacrifices que leur impose l'éducation de leurs enfants, et ils pensent gagner du temps en supprimant des années d'étude, pourvu que le diplôme qui ouvre la carrière soit obtenue. Aujourd'hui on ne fait plus que rarement des hommes, mais on a à coeur de faire plus vite un avocat, un médecin. Les enfants participent volontiers à cet empressement des parents pour devenir plus tôt libres. Tout tend de nos jours à précipiter les études pour en avoir plus rapidement fini, pour entrer sans retard en possession des jouissances et des plaisirs de la vie.

* * *

L'ESPRIT D'ESCULAPE

Ingratitude.—Un hémorroïdaire se fait opérer. Une fois l'opération faite et la guérison établie, le patient n'était pas encore content.

Le croirait-on? Il voulait poursuivre devant les tribunaux son chirurgien, parce qu'il ne lui avait pas donné les "retails".

* * *

Vérité de La Palisse.—Un pied "bot" n'est pas un beau pied.

* * *

Jalousie. Réflexion d'une femme en voyant deux hommes s'embrasser : "*c'est du temps perdu.*"

* * *

Une leçon qui coûte cher : Nelaton fut un jour mandé près d'un grand financier. Il accourut avec sa trousse et trouva un client qui avait toutes les apparences d'une santé excellente. Étonné, il demanda de quelle opération il s'agissait. Le client se déchaussa tranquillement et tendit son pied au chirurgien, en lui disant : "J'ai là un cor qui m'a fait beaucoup souffrir, je n'ai confiance qu'en vous, et je veux que ce soit vous qui me l'enleviez".

Nelaton fit la grimace, mais ne jugea pas à propos de relever tout de suite l'inconvenance du procédé; sans mot dire il étendit une serviette sur ses genoux et extirpa le cor. Seulement, à peine rentré chez lui, il adressa à son client une note d'honoraires ainsi conçue :

"*Pour une opération chirurgicale...6,000 francs.*"—Ce fut au tour du financier de faire la grimace; il essaya de discuter, mais Nelaton lui fit comprendre qu'un chirurgien n'était pas un pédicure, et qu'au surplus, si l'opération ne valait pas 6,000 francs, la leçon les valait bien. Il eut tous les rieurs pour lui, et le gros financier dut s'exécuter.—L. Thuillier.

* * *

Fausse clef.—On causait devant Trousseau de toutes les boissons prétendues apéritives, qui empoisonnent avec permission de l'autorité. Deux ou trois des causeurs essayèrent de plaider les circonstances atténuantes pour le vermouth, le bitter et *tutti-quantum*.

—Et vous, docteur, demanda quelqu'un à Trousseau, votre avis ?

—Mon avis est qu'on ne doit pas s'ouvrir l'appétit avec une fausse clef.—P. Vérou.

* * *

Mots de Bretonneau : Quand on lui demandait ce qu'il fallait mettre dans sa bourse : "Ce que vous voudrez, répondait-il; la bourse du médecin doit être comme le tronc d'une église, où le riche dépose ce qu'il veut et "le pauvre ce qu'il peut".

Bretonneau était volontiers railleur. C'est lui qui disait à un hypocondriaque, lui offrant le prix d'une consultation: "Non, monsieur, vous ne me devez rien, je ne reçois que l'argent des malades."

* * *

Un autre jour, à un client obsédant, qui le fatiguait depuis un instant de ses plaintes, il enjoignit de lui montrer la langue: "Je préfère la voir que de l'entendre"—lui dit-il avec quelque brutalité.

BIBLIOGRAPHIE

LA REGENERATION DE L'ORGANISME HUMAIN PAR LE SANG, par le Docteur **H. Jaworski**.—(Volume in-16, N. MALOINE, Editeur.) Prix 12 frs.

Dans un livre très documenté, le Dr Jaworski nous montre comment, en partant de ses travaux philosophiques, il a pu arriver à des conclusions pratiques, d'où est sortie la régénération de l'organisme humain par le sang de jeunes sujets.

Pour l'A. "la vie est caractérisée par des mouvements d'intériorisation et d'extériorisation". Toute son oeuvre est dominée par ces deux faits. La vieillesse serait tout simplement un excès d'intériorisation que ne compense pas un mouvement contraire d'extériorisation. Ce mouvement d'extériorisation, l'A. le provoque par un apport de sang jeune.

Ce sang jeune agit en modifiant le milieu d'une façon biologique à la manière d'un vaccin, d'où les petites quantités injectées à chaque fois par l'A.

Partant de ce fait affirmé par plusieurs biologistes que les animaux unicellulaires n'ont pas d'âge et peuvent vivre à l'infini, le Dr J. a entrepris une série d'expériences au laboratoire du Jardin d'Acclimatation. Il s'est adressé tout d'abord à des Infusoires dégénérés, c'était la première fois que l'on tentait une pareille expérience: dans un milieu sans cesse renouvelé ou par un apport de jeunes, ces Infusoires furent complètement régénérés.

De la régénération des unicellulaires, l'A. passa à celle d'animaux supérieurs mis à sa disposition par le Jardin d'Acclimatation: jument, chèvres, chiens. Sous l'action des injections de sang jeune, et malgré des conditions déplorables, les résultats dépassèrent toute attente.

Devant des résultats aussi concluants, l'A., transporta sa méthode sur les humains. Grâce à la classification des groupes sanguins, et au mariage des sangs, il sut trouver pour chaque malade les donneurs correspondants. Là aussi les résultats furent complets et nombreux furent les malades, affaiblis, neurasthéniques ou séniles qui furent stimulés, activés, régénérés.

Ainsi donc un grand pas serait fait dans la lutte contre la vieillesse. Si l'on considère les progrès que peuvent faire d'ici un ou deux siècles les méthodes actuelles de rajeunissement, les plus grandes espérances sont autorisées. Au milieu de difficultés de toutes sortes, l'A. a ouvert une voie nouvelle à la Science et rendu un service immense à l'humanité en arrachant à la longévité une partie de son secret.
