

BULLETIN

"DES MAUVAISES HABITUDES CHEZ LES ENFANTS".

Les enfants, même les petits, ont-ils de mauvaises habitudes? Hélas! oui, tout comme les adultes. C'est pourquoi il importe de les surveiller dès le tout jeune âge, afin d'empêcher que certains actes, par leur répétition, ne dégénèrent vite en mauvaises habitudes, pour ne pas dire en vices. Le médecin praticien s'est quelque peu désintéressé de ce petit à côté de la médecine. C'est pourquoi je viens aujourd'hui en dire un mot.

Ces mauvaises habitudes sont celles de la masturbation de se sucer les doigts, du pica, de se ronger les ongles, du grincement de dents, du brancement de la tête, et enfin des spasmes.

* * *

La "masturbation", cette excitation solitaire des organes génitaux, soit avec la main, soit avec tout autre objet, n'est pas rare chez les enfants, même chez les enfants de la première enfance. On cite même un cas chez un nourrisson de 9 mois. Sans doute dans le bas âge, c'est une *pseudo-masturbation*, en ce sens que l'orgasme génital, caractéristique de la vraie masturbation, n'existe pas, par défaut de maturité des organes sexuels.

Dans la première enfance, ce sont les petites filles qui offrent le plus gros contingent de masturbateurs. Plus tard, ce sont les petits garçons. Est-ce parce qu'elles sont plus précoces en toutes choses? Je l'ignore. En tout cas, il est une chose certaine constatée par tous les observateurs, à savoir que cette sorte de tic se développe à la suite de la moindre irritation locale. Cette irritation porte en effet les enfants à se gratter, à se frotter les parties génitales; la jouissance sexuelle survient, et l'habitude s'établit.

Les causes habituelles de cette irritation locale sont le défaut de propreté produisant une irritation vulvaire, la vulvo-vaginite, le clitoris adhérent, les prépuces longs et adhérents, le phimosis, la balanite, l'eczéma des lèvres, les vers (oxyures vermiculaires), une urine trop acide, le port d'habits trop serrés. Certains jeux à cheval, comme la bicyclette, produisent quelquefois le même résultat. Les types nerveux et les solitaires contractent facilement cette habitude. Les faibles d'esprit se masturbent avec excès.

Dans la grande enfance, cette habitude s'acquiert par d'autres compagnons et souvent par des servantes ou "bonnes" vicieuses, comme si ces deux mots pouvaient aller ensemble.

Une hérédité neuropathique un peu chargée forme un terrain facile à l'éclosion de ce tic génital, de même que l'anémie et une mauvaise alimentation.

* * *

Comment se manifeste ecet *habitus* chez les enfants? Si on les surveille, on remarquera que, dans ces temps-là, les petits enfants se tiennent généralement sur le dos, leurs cuisses sont fléchies, croisées, et étroitement pressées l'une sur l'autre. Ils se frottent les cuisses l'une contre. Assez rarement ils se servent de leur main ou de leurs pieds. Ce n'est que plus vieux qu'ils emploient ce procédé. D'autres se frottent les parties génitales contre un oreiller, une chaise, les genoux de leur mère, ou un objet quelconque.

Si on continue à les surveiller attentivement, on remarquera que cet acte s'accompagne de certaines jouissances génétales, dont les signes manifestes chez ces petits sont la rougeur de la face, le brillant des yeux, un état général de tension nerveuse. Puis le sujet transpire quelque peu, sa figure pâlit, et il a tendance au sommeil. Ce pseudo-orgasme peut se renouveler 5 ou 6 fois par jour.

Tous les prétextes sont bons pour justifier ou excuser une habitude aussi honteuse. Une petite fille de 7 ans m'avouait qu'elle ne pouvait s'endormir le soir sans cela. La lassitude qui suivait l'accomplissement de cet acte favorisait son sommeil. Ce soporifique, qu'elle affectionnait, a grandement contribué à entretenir chez elle cette mauvaise habitude.

La santé générale souffre de cette masturbation. Ces sujets sont fatigués, pâles, nonchalents, nerveux, fantasques, etc. Les troubles digestifs sont fréquents, d'où comme conséquences: affaiblissement de la force musculaire et de l'intelligence, arrêt de la croissance.

Ces enfants perdent quelque fois tout sens de pudeur et de modestie; ce sont des passionnés. Une seule chose les occupe, c'est de satisfaire leurs passions. Plus vieux, ces sujets deviennent des nymphomanes et des aliénés.

Quant aux symptômes locaux, un examen fera généralement découvrir chez les petites filles le développement anormal des parties génitales. Tout dernièrement arrivent à mon bureau une mère et sa petite fille âgée de 17 mois. Elle venait me consulter parce que, à la suite d'une coqueluche, son enfant se nourrissait mal et dépérissait. Entre temps, elle m'avouait que son enfant se porte souvent la main sur les "parties", suivant son propre terme. "Assise sur mes genoux, ou sur une chaise, me dit-elle, elle se frotte quelquefois "le bas du corps". Quand elle est couchée, continue-t-elle, elle se croise les cuisses en se les frottant l'une contre l'autre. Et ce qu'il y a de curieux, c'est que dans ces temps mon enfant devient le visage rouge".

"Vous n'avez rien remarqué d'étrange sur les parties génitales, lui demandai-je? — Non, elle est très bien de ce côté-là. "Voyons donc, lui dis-je". A l'examen je trouve que les grandes lèvres sont de beaucoup aug-

mentées de volumes ; les petites lèvres, de même que l'ouverture du vagin, étaient rouges, comme congestionnées. Evidemment cette enfant se masturbait ; et sa mère ne s'en apercevait pas.

L'on soupçonnera la chose chez les petits garçons, s'il y a de fréquentes érections, soit en examinant, soit au simple toucher : alors il ne sera pas rare de constater de la rougeur et du gonflement du prépuce.

* * *

Le pronostic est généralement bon dans le tout jeune âge. Plus jeune est l'enfant, plus facilement on le guérit. Chez les plus âgés, la masturbation produit déjà de l'orgasme. Alors le succès n'est pas brillant. Quant l'onanisme est le fruit d'une dégénérescence mentale, le traitement est nul.

Le traitement est local, général et hygiénique.

La première condition du succès dans le traitement de cette affection consiste à faire disparaître toute irritation locale.

La propreté locale est donc de rigueur. Dans la majorité des cas, un lavage quotidien y pourvoira. Ensuite il faut tarir tout écoulement, cause d'irritation. Dans la vulvo-vaginite, le protargol rend des services. Deux ou 3 fois par jour, des bains de siège chauds, les cuisses écartées, seront utiles. L'urine est-elle trop chargée, trop acide, cause d'irritation locale ? On l'alcalinise avec de l'eau abondante, additionnée avec du citrate ou de l'acétate de potasse, ou avec du bicarbonate de soude.

Existe-t-il des adhérences soit du prépuce, soit du clitoris, on les détachera, et s'il le faut, sous l'influence d'un anesthésique.

L'on n'oubliera pas que les vers, surtout les oxyures vermiculaires, sont quelquefois responsables d'irritation locale. Des lavages de tous les plis et replis du siège, avec de l'eau salée, auront vite raison de ces vers et de leurs oeufs, sans oublier le traitement vermifuge.

Chez les nerveux, on prescrira en outre les bromures, la balladone, l'hydrothérapie, la cure d'air.

Chez les anémiques, les médications martiales et arsénicales, combinées avec le séjour à la campagne, contribueront au rétablissement intégral de la santé. Le changement de milieu ne contribue pas peu à faire disparaître cette mauvaise habitude.

Au traitement local et général, on associera avec avantage une hygiène morale et physique, appropriée à l'âge des enfants et intelligemment appliquée.

Ainsi on fera coucher le petit malade sur un lit un peu dur, et pas trop chaud. On exercera une surveillance très effective, et le plus tôt possible, non seulement sur le petit enfant, mais même sur son entourage, sur les serviteurs particulièrement. On permettra à l'enfant de se coucher

le moins possible dans le jour. La position assise est la moins avantageuse pour arriver à ses fins.

Malheureusement cette surveillance ne peut s'exercer jour et nuit, en vue d'empêcher la répétition de ces actes honteux. On a alors recours à des appareils orthopédiques, pour fixer les mains, les cuisses, ou tout autre membre.

Il faut surtout impressionner les parents sur les effets pernicieux de cette habitude, et les décider à prendre toutes les mesures nécessaires. Chose curieuse, ces petits enfants sont en général très vexés et même résistent, quand on les en empêche. Les parents alors ne doivent pas se laisser attendrir. Une correction corporelle est alors nécessaire, et produit souvent de bons effets, surtout chez les enfants âgés de moins de trois ans. Plus vieux, cette correction ne leur fait plus rien. Une récompense réussit généralement mieux. On fera alors appel à leur raison et à leur sentiment. Le père et la mère ne manqueront pas de faire l'éducation de leur enfant à ce sujet. Pour cela, ils tâcheront de gagner sa confiance. La formation de la volonté, voilà bien où doit tendre le but des parents; et cela continuellement. Si, dans l'ordre politique, la vigilance est le prix de la liberté, dans l'ordre physique et moral, la vigilance est aussi le prix de la libération d'un défaut. Empruntant les paroles de Beaumarchais nous résumerons notre pensée en disant: *"Si la vigilance est utile à la vertu, elle est bien plus nécessaire au vice."*

.....

Dans un prochain article nous parlerons des autres mauvaises habitudes chez les enfants.

Albert JOBIN

APHORISMES MEDICAUX

Les phtisiques, dit Hippocrate dans ses aphorismes, dont les crachats jetés au feu exhalent une forte odeur de viande brûlée et dont les cheveux tombent, sont perdus.

* * *

"Dans la phtisie, dit-il encore, ceux qui ont de la dyspnée par sécheresse et qui expectorent beaucoup sont dans un état pernicieux."

* * *

"Quand les phtisiques crachent dans l'eau de mer et que le pus tombe au fond, le danger est imminent. L'eau doit être dans un vase de cuivre."—(Hippocrate)

ARTICLE ORIGINAL

CE QU'IL FAUT SAVOIR DE LA NEPHRITE
CHRONIQUE .**Dr Roland DESMEULES,**

Médecin assistant à l'Hôtel-Dieu et au Dispensaire anti-tuberculeux.

A la lumière des travaux faits durant ces dernières années sur la néphrite chronique, je vais tâcher d'établir en quelques pages, les notions essentielles que le médecin doit posséder actuellement sur cette question importante de la pathologie médicale.

La néphrite chronique est l'inflammation chronique des reins. Elle peut succéder à une néphrite aiguë antérieure, ou être chronique d'emblée.

Dans son étiologie, l'infection tient la première place, et parmi les causes infectieuses aiguës les plus fréquentes, nous devons citer, la scarlatine, la fièvre typhoïde, les fièvres paratyphoïdes, la grippe, les angines, la diphtérie, les pneumococcies, les streptococcies, les staphylococcies, les colibacillooses et le rhumatisme articulaire aigu. Les infections chroniques, comme la tuberculose, le paludisme, la syphilis sont souvent en cause. Les intoxications peuvent aussi atteindre les reins et les léser. Parmi les agents toxiques les plus fréquents, nous retiendrons, le mercure, la cantharide, l'arsénic, le phosphore, le plomb, les balsamiques, le sulfonal et le chloroforme. Il peut aussi s'agir d'intoxications endogènes se produisant lors du diabète, de goutte, ou d'auto-intoxications arrivant à l'occasion de troubles gastro-intestinaux ou de grossesse.

Les causes occasionnelles de la néphrite chronique sont connues de tous, c'est le froid et le traumatisme, qui n'agissent que comme causes adjuvantes.

Au point de vue anatomo-pathologique, nous devons retenir les deux types classiques, qui servaient autrefois pour la description clinique de la néphrite chronique: le rein blanc granuleux et le petit rein scléreux; lésions qui peuvent exister, soit individuellement, ou encore coexister et réunir ensemble leurs lésions spéciales.

Quelles sont maintenant les grandes formes de néphrite chronique ? Suivant les données actuelles, nous avons d'abord la néphrite albuminurique simple, puis la néphrite chlorurémique ou hydropigène, la néphrite azotémique, la néphrite hypertensive et enfin la néphrite mixte.

La néphrite albuminurique simple est caractérisée par la présence persistante d'albumine dans les urines, sans que nous puissions déceler d'autres signes d'insuffisance rénale. Nos recherches faites avec soin nous

permettent d'éliminer sûrement l'existence des syndrômes chlorurémique, azotémique ou hypertensif. Nous sommes en présence d'un malade qui présente de l'albumine dans ses urines et dans les antécédents duquel on peut retracer soit une infection ou une intoxication. Il faudra penser aux albuminuries fonctionnelles, telles que l'albuminurie digestive, celle cyclique ou encore l'albuminurie orthostatique. Mais même, si nous en arrivons à diagnostiquer une de ces variétés fonctionnelles, il faut savoir que nous devons considérer toute albuminurie, quelle qu'elle soit, comme un indice de tare rénale. Cette notion met notre esprit en éveil et doit nous forcer à faire bien attention à tous les albuminuriques qui se présentent à nous, afin de bien rechercher tous les signes connus d'insuffisance rénale.

La néphrite albuminurique simple peut permettre au malade une longue vie, et ce n'est que très tard, si elle est bien traitée, qu'apparaîtront les autres syndrômes rénaux.

Nous allons maintenant passer rapidement en revue la symptomatologie de la néphrite chlorurémique ou hydropigène. C'est Widal, Lemierre et Javal qui par leurs découvertes admirables ont transformé les connaissances médicales sur la néphrite chronique et dégagé le syndrome chlorurémique. En effet, ils ont établi que l'oedème brightique était dû à la rétention du chlorure de sodium dans l'organisme, rétention qui est amenée par une imperméabilité rénale à cette substance.

Le malade atteint de cette variété de néphrite chronique est un peu oppressé, il a une tension artérielle maxima légèrement élevée, sa sécrétion urinaire est diminuée et l'examen de l'urine indique l'abaissement du taux d'élimination des chlorures avec en plus l'existence d'albumine et de cylindres. Mais, à quels signes certains reconnaissons-nous la rétention chlorurée ? Le grand symptôme, c'est l'oedème qui a comme caractères d'être blanc, mou, indolent et mobile. Il est le plus souvent périphérique, occupant au début quelques endroits des téguments, et il faudra alors le bien rechercher, soit aux malléoles, à la face, à la partie interne des cuisses, ou encore aux régions lombaires où il existe fréquemment chez les personnes obligées de garder le lit.

Puis l'oedème peut infiltrer toutes les parties superficielles et profondes de l'organisme, constituant alors l'anasarque. Ainsi, nous rencontrons l'hydrothorax bilatéral, l'oedème pulmonaire, les bronchites albuminuriques de Lasèque, l'oedème laryngé ou encore une hypersécrétion nasopharyngée due à l'élimination considérable des chlorures. Lorsque la rétention chlorurée atteint l'estomac et l'intestin, nous avons des vomissements et de la diarrhée. Ces troubles digestifs ont ce caractère qui les distingue des mêmes accidents que nous rencontrons dans la néphrite urémique, en permettant au malade de conserver son appétit.

Nous pouvons avoir aussi des symptômes nerveux : la céphalée, l'épilepsie localisée ou généralisée, la respiration de Cheyne-Stokes, le délire et le coma. En plus, l'examen du fond de l'oeil nous donne un signe important en décelant la stase papillaire oedémateuse que le malade traduit par de l'amblyopie ou de l'amaurose.

Nous avons encore d'autres moyens de reconnaître la rétention hydro-chlorurée. D'abord les pesées qui permettent de suivre l'ascension du poids du malade en même temps que s'établit et se développe l'oedème. Ensuite le bilan des chlorures, étudié par Pasteur Vallery-Radot, sert à comparer la quantité de chlorure de sodium ingéré avec la quantité qu'excrètent les reins. Il y a aussi la chlorurie alimentaire, qui établit en combien de temps le malade élimine une quantité connue de sel ajoutée à son alimentation. Avec des reins sains, il la rejette sans retard ; avec des reins malades il n'y arrive que progressivement. (Achard.)

Le pronostic de la néphrite chlorurémique est peu grave, depuis que nous possédons les moyens diététiques de faire disparaître les oedèmes.

Étudions maintenant, sommairement, la néphrite chronique azotémique. Nous avons dans la néphrite hydropigène la rétention du chlorure de sodium, nous avons ici celle de l'urée. Car c'est ainsi, comme Widal l'a démontré, que le rein peut avoir une imperméabilité élective pour l'une ou l'autre de ces substances. L'étude du syndrome azotémique est importante ; il faut bien le connaître pour le dépister et pouvoir ainsi établir le pronostic et le traitement du brightique que nous avons à soigner.

Voici quels sont les symptômes que nous rencontrons. Ils sont d'abord digestifs, et se traduisent par du dégoût des aliments, des vomissements persistants, de la diarrhée abondante, et en même temps le malade présente de l'odeur ammoniacale de l'haleine.

Un autre symptôme s'ajoute souvent à ceux-ci, c'est un prurit intense. Nous avons aussi fréquemment des accidents nerveux qui se révèlent par une fatigue très prononcée, suivie parfois d'agitation et de délire. Nous pouvons rencontrer en plus cette rétinite brightique qui est un symptôme d'une très grande importance, fournissant par son existence un indice de gravité. Elle est caractérisée par des taches blanchâtres siégeant à la papille ou autour d'elle.

Lorsque la rétention azotée va en s'accroissant, le malade présente de l'anémie marquée, de l'amaigrissement et souvent, si nous auscultons fréquemment le coeur du brightique, nous percevons des frottements péricardiques, traduisant la péricardite, complication fréquente de la néphrite urémigène. Et la fin arrive, accompagnée durant les derniers jours du malade par de l'angoisse, une respiration de Cheyne-Stokes, souvent des convulsions épileptiformes, puis le coma et le mort.

Durant l'évolution de la néphrite azotémique, il existe de la polyurie et de la pollakiurie, et l'urine présente peu ou pas d'albumine. La tension artérielle est élevée, car le syndrome d'hypertension s'ajoute dans la majorité des cas, au syndrome azotémique.

Par tous les symptômes que je viens d'énumérer, il semble assez facile de reconnaître une rétention uréique. Mais il faut savoir qu'elle peut exister assez longtemps chez un patient sans s'annoncer par des symptômes cliniques, et ce n'est que tardivement qu'elle se traduira par des accidents mortels. De ces connaissances, il découle une règle que tout médecin doit connaître maintenant et que Pasteur Vallery-Radot énonce ainsi : "Tout médecin qui examine un brightique doit pratiquer un dosage de l'urée sanguine". Car, comme il a été démontré dans les grands services hospitaliers, ce n'est que par l'azotémie que nous pouvons reconnaître le degré de rétention de l'urée dans le sang, et ce n'est que par elle qu'il est en notre pouvoir d'établir le pronostic d'une maladie de Bright.

De plus, il faut savoir que l'azotémie ne doit pas être unique mais répétée plusieurs fois afin de pouvoir établir s'il y a régression, permanence ou progression du taux de l'urée. Voici comment Widal et Javal ont fixé le pronostic de la néphrite chronique d'après le taux de l'urée dans le sang. Entre 0.50 centigrammes à 1. gramme, les lésions peuvent regresser sous l'influence du régime, mais nous pouvons dire avec Widal que nous avons alors des azotémies d'alarme indiquant qu'il faut en bien surveiller les porteurs. Une azotémie permanente, variant de 1. à 2. grammes, donne au malade une survie de 1 à 2 ans. Au-dessus de 2. grammes, la survie ne peut être que de quelques mois, et après 3 grammes, c'est l'indice d'une mort très rapprochée.

En plus de l'azotémie, il existe d'autres moyens, qui lui sont inférieurs, de rechercher les défauts de la fonction uréo-sécrétoire. C'est ainsi, que nous avons la constante d'Ambard que Pasteur Vallery-Radot juge de cette manière-ci : "On doit considérer l'épreuve d'Ambard comme capable de révéler les moindres troubles de l'excrétion uréique,—par conséquent de dépister une altération même légère des fonctions rénales,—mais non pas d'indiquer un pronostic." L'épreuve de la phénolsulfonaphtaléine donne des résultats superposables à ceux de la constante d'Ambard. Celle du bleu de méthylène renseigne assez bien sur l'état de la fonction uréo-sécrétoire.

Voyons maintenant la symptomatologie de la néphrite hypertensive. Comment reconnaissons-nous le syndrome d'hypertension artérielle? Nous avons d'abord les petits signes du brightisme de Dieulafoy : céphalées, vertiges, éblouissements visuels, bourdonnements auriculaires, crampes musculaires surtout la nuit, cryesthésie et sensation du doigt mort. Tous

ces petits signes, aideront le médecin dans ses recherches cliniques et souvent le mettront sur la piste de la lésion en cause. Nous avons cependant d'autres symptômes plus importants. D'abord la dyspnée qui se produit surtout lors d'effort, de marche, ou qui arrive par paroxysme durant la journée ou la nuit.

Si nous prenons alors la tension artérielle, nous notons qu'il existe de l'hypertension marquée. Le pouls a de la résistance et est tendu. L'auscultation du coeur nous indique un 2e bruit aortique frappé fort, avec souvent la présence d'un bruit de galop. La percussion cardiaque nous montre une pointe abaissée, et un ventricule gauche hypertrophié. Plus tard, nous avons de la dilatation ventriculaire et nous pouvons alors entendre un souffle d'insuffisance mitrale fonctionnelle; c'est alors que le malade donne des signes d'hyposystolie précédant l'asystolie.

Durant l'évolution de la néphrite hypertensive nous avons des symptômes urinaires, se manifestant par de la polyurie et de la pollakiurie surtout nocturne. L'examen de l'urine révèle l'existence de traces d'albumine. L'azotémie est à son taux normal, et il n'existe pas d'oedèmes, excepté à la phase d'insuffisance cardiaque.

Cette variété de néphrite expose le malade à divers accidents. Nous pouvons avoir des hémorragies, nasales, cérébrales, méningées ou rétiniennes. Nous rencontrons aussi des accidents nerveux se manifestant par des crises épileptiformes, la respiration de Cheyne-Stokes, le délire ou le coma. L'insuffisance cardiaque peut aussi résulter de l'existence de la néphrite hypertensive. De plus, souvent durant l'évolution de la maladie, presque toujours à la fin, le syndrome azotémique s'ajoute au syndrome d'hypertension.

La dernière variété de néphrite chronique, et la plus fréquente, est la néphrite mixte. Car, les brightiques que nous rencontrons en clientèle ou dans les services hospitaliers, présentent très fréquemment des syndromes associés. Et nous pouvons avoir autant de formes de néphrite mixte qu'il existe de combinaisons possibles entre les divers syndromes.

Certaines associations sont fréquentes, ainsi celle du syndrome azotémique au syndrome hypertensif, ou encore celle du syndrome chlorurémique à celui de la rétention azotée. Comme il est facile de le comprendre, la symptomatologie de la néphrite mixte varie, suivant l'existence de tels ou tels syndromes. Il appartient alors au médecin averti de reconnaître quels sont ceux qui existent chez le malade, et quel est celui qui y prédomine. Pour en arriver à un diagnostic raisonnable, il faut employer les divers examens cités plus haut, mais il en existe un sur lequel je reviens et que nous ne devons pas oublier, c'est le dosage de l'urée dans le sang. Sans lui, nous suivons en aveugles nos brightiques, et nous ne pouvons pas porter de pronostic sur l'évolution de la maladie.

Après avoir passé en revue les symptômes principaux des cinq grandes variétés de néphrite chronique, il nous reste maintenant à établir en quelques lignes les grandes directives du traitement.

Dans la néphrite albuminurique simple, il n'est pas nécessaire, comme on l'a cru si longtemps, de mettre le malade à un régime lacté absolu. Car comme le dit Pasteur Vallery-Radot, ce régime débilité l'organisme, constitue une alimentation insuffisante, souvent entretient l'albumine, et déprime le malade. Notre thérapeutique doit tendre vers un but, c'est que notre patient ne fasse ni excès alimentaires, ni excès physiques. Il doit faire en sorte d'être toujours vêtu chaudement, et autant qu'il est possible il doit éviter les infections et les intoxications.

Les grandes découvertes de Widal ont mis entre les mains des médecins, un moyen très puissant de combattre la néphrite chlorurémique. Ce moyen c'est la cure de déchloruration. Le but de cette cure, comme l'a dit Lemierre, est de n'introduire dans l'alimentation qu'une quantité de chlorure de sodium inférieure à celle que le rein peut éliminer. Ainsi le sel alimentaire est excrété et aussi celui retenu en excès dans l'organisme. De ces connaissances, il découle que nous pouvons donner au malade presque tous les aliments, mais sans sel. Deux autres faits sont importants, dans la conduite du traitement : restreindre la quantité des liquides et mettre le malade au lit. Et s'il faut aider à la cure de déchloruration, nous pouvons employer la théobromine.

Contre la néphrite urémigène, ainsi que le dit Pasteur Vallery-Radot, nous sommes presque totalement désarmés. Tout de même, lorsque nous sommes en présence du syndrome azotémique, il faut restreindre la consommation des albumines. Le régime sera constitué de légumes verts, de pain, de riz, de pommes de terre et de fruits. Le médicament qui peut nous aider est la scille, reconnue comme un diurétique azotémique.

En présence d'une néphrite hypertensive, nous devons conseiller au malade, d'éviter les excès alimentaires et physiques, l'alcool et le tabac ; et c'est ainsi que pourront être éloignés les accidents de l'hypertension. Ambard donne le conseil d'essayer le régime déchloruré, qui aide parfois à faire baisser la tension artérielle. Comme médicaments, nous pouvons nous servir de la solution alcoolique de trinitrine à 1/100, en alternant avec de petites doses d'iode de potassium. Si le cœur devient faible, nous avons recours aux toniques cardiaques.

Dans la néphrite mixte, nous établissons une régime alimentaire variant suivant les syndromes en cause. Ce sont, en général les aliments déchlorurés et hypo-azotés qui rendent le plus de services au malade et qui lui permettent assez souvent de voir ses jours se prolonger, grâce à une thérapeutique bien établie et bien suivie.

Docteur Roland Desmeules

LARYNGO — TRACHEITE CATARRHALE AIGUE

C'est l'inflammation aiguë des muqueuses du larynx et de la trachée, sous l'influence d'une irritation locale, (fumées, poussières, refroidissements) ou à la suite d'un coryza, d'une pharyngite aiguë, d'une fatigue vocale.

Certains sujets sont plus particulièrement prédisposés; les obstrués du nez, les professionnels de la voix: chanteurs, orateurs, crieurs publics, etc.

Le début est généralement brusque, sensation de chatouillement et de cuisson au niveau de la gorge; puis survient l'enrouement qui va parfois jusqu'à l'aphonie; enfin, la toux, la douleur pré-sternale et l'expectoration muqueuse, complètent le tableau clinique.

Si on veut éviter le passage à l'état chronique, ou les récidives, le malade devra garder la chambre jusqu'à sédation nette des phénomènes d'irritation.

Le repos vocal est également de toute première importance.

Les bains de pieds chauds, les compresses humides chaudes au devant du cou quatre à cinq, fois par jour, rendent également service.

Faire plusieurs fois dans la journée des inhalations, avec une des solutions suivantes:

Teinture de tolu	} aa 10 grammes
Teinture d'eucalyptus	
Teinture de benjoin	

Essence de thym	} aa 5 grammes
Essence de lavande	
Alcool à 90%. Q. S. pour 150 cent. cubes	

Une cuillerée à café pour une chopine d'eau bouillante; en respirer les vapeurs pendant quatre à cinq minutes, ou bien:

Acide phénique	60 centigrammes
Essence de thérébentine	XXX gouttes
Eau de laurier-cerise	200 grammes

* * *

Une cuillerée à soupe, pour une chopine d'eau bouillante:

* * *

Alcool	60 grammes
Menthol	3 grammes

Une cuillerée à café par chopine d'eau bouillante.

Si la toux est opiniâtre, codéine, héroïne. Teinture d'aconite, X à XV gouttes.

Si l'enrouement persiste, après que les phénomènes inflammatoires sont disparus, on aura recours au sulfate de strychnine, par la bouche.

Aux chanteurs, aux orateurs, pris d'un enrouement et qui doivent faire un effort vocal, on peut conseiller de prendre quelques gorgées de jus de citron pur.

H. Pichette, M. D.

ALBUM MEDICAL

Le coeur ou la volonté est ce qu'il y a de plus noble et de plus élevé en nous. L'homme est tout par le coeur; c'est le coeur qui donne leur qualité à nos pensées, à nos désirs, à nos paroles, à nos actions et à toute notre vie.

L'homme de coeur vit plus longtemps dans la mémoire de ses contemporains que l'homme d'esprit.

C'est par le coeur qu'on est grand.

* * *

Médecins, ayez un coeur toujours prêt à **"cette pitié agissante"**, dont le doyen de la Faculté de Nancy aurait voulu que tout médecin fit son mot d'ordre.

* * *

Que les efforts soient plus ou moins favorisés par la vie, il faut, quand on approche du grand but, être en droit de dire: J'ai fait ce que j'ai pu.—Pasteur.

* * *

"Si tout le monde est ton ennemi, sois à toi-même ton ami. Ton malheur n'est pas au-dessus des forces d'un homme. Quelque grande que soit la pluie, un petit oiseau n'en reçoit qu'une goutte."

Bernardin de Saint-Pierre.

DES BRULURES DE L'OEIL.

Nous lisons, dans le "Journal de Médecine de Lyon" (No. 101, 1924), un article très intéressant sur les "brûlures oculaires par projection des métaux en fusion."

En résumé on y lit que les brûlures du globe oculaire par caustiques chimiques et les corps incandescents (solides ou liquides), à point de fusion élevé sont habituellement redoutable pour la vision.

Fait intéressant, les brûlures cornéo-conjonctivales par métaux en fusion, fusibles à basse température, tels que le plomb et l'étain, et surtout leurs alliages, présentent une relative benignité.

En effet les lésions les plus graves sont habituellement produites par les agents chimiques (vitriol, chaux vive) dont l'action corrosive est intense.

Parmi les causes de brûlures oculaires, celles ayant trait à la projection des métaux en fusion présentent un intérêt particulier, en raison de leur fréquence par le développement intensif de l'industrie moderne, et par la bénignité du pronostic, d'où leur intérêt pour le praticien dans l'évaluation d'accidents du travail.

Au point de vue clinique, il est capital de distinguer les brûlures provoquées par les métaux à point de fusion élevé, de celles produites par les métaux à température de fusion faible.

Dans la première catégorie, se rangent le fer, le cuivre, l'argent et leurs alliages. Le point de fusion oscille de 1.040° (argent), 1.093° (cuivre), 1.220° (fonte grise), jusqu'à 1.600° (fer).

La deuxième comprend: le plomb (325°), l'étain (326°), l'antimoine (240°), et surtout leurs alliages employés pour la soudure: soudure au plomb (fusible à 240°), soudure à l'étain (fusible à 171°).

L'action corrosive du métal fondu peut s'exercer sur les paupières et le segment antérieur du globe de l'oeil (conjonctive, sclérotique, cornée).

Sur les paupières, les brûlures du 1^{er} et du 2^e degrés ne sont pas graves. Les brûlures plus profondes (3^e degré) sont plus graves, par suite des rétractions fibreuses cicatricielles tardives qui ont pour effet de renverser en dehors le bord libre (extropion) et d'entraîner l'inocclusion des paupières avec ses conséquences redoutables pour la corvée.

Au niveau de la sclérotique, de la conjonctive et de la cornée, on observe également tous les degrés, depuis la simple exfoliation jusqu'à la perforation de la coque sclérale, d'où issue du vitré et infection secondaire du globe.

Au niveau de la cornée, tous les degrés de la brûlure peuvent être observés.

Dans le premier degré, seul l'épithélium antérieur est lésé: le type classique est la brûlure par le fer à friser. La cornée offre alors une coloration blanchâtre, ressemblant à du blanc d'oeuf cuit. Cette nébulosité est transitoire; elle disparaît en 24, 48 heures, sans laisser de traces.

Le deuxième degré de la brûlure cornéenne—la phlyctène—est rarement observée en raison même de la structure anatomique de la membrane.

Le troisième degré se traduit par une atteinte des lames propres du tissu cornéen; à ce niveau la cornée présente une teinte grise diffuse, analogue à du verre dépoli. La chute du tissu mortifié fait un ulcère cornéen qui après cicatrisation laisse une cicatrice opaque indélébile (leucome).

Un degré de plus, l'ulcère cornéen se perfore avec des conséquences redoutables (hernie irienne, infection du globe—c'est très rare.).

Les métaux fusibles à haute température provoquent, le plus souvent, des lésions profondes, des brûlures graves du 3e et 4e degrés, avec leurs conséquences redoutables pour la vision.

Au contraire, et le fait est très curieux, les *métaux fondus, fusibles à basse température, ne provoquent que le minimum de lésions.*

Un cas, présenté par le Dr Genet, avait trait à une brûlure par l'étain en fusion: on constata, après écartement des paupières, que la cornée était entièrement recouverte par une lame métallique d'un blanc éclatant. Le corps étranger s'est détaché spontanément et s'est moulé sur la face antérieure de la cornée. Malgré tout, il n'y a pas eu de dégâts notables sur la cornée. Après 3 jours, le malade quitte le service. Il persiste sur la cornée un leucome léger.

En résumé, dans les accidents provoqués par la projection des métaux fusibles à basse température, la fonction visuelle ne subit qu'une diminution infime ou conserve toute son intégrité; la cornée retrouve sa transparence complète, ou il ne persiste qu'un léger leucome. Jamais on ne constate de lésions graves, comme dans les brûlures par métaux à point de fusion élevé et surtout par substances caustiques. Jamais non plus de brûlures conjonctivales suffisamment intenses pour entraîner la formation de brides cicatricielles secondaires, avec tendance au symblépharon dont la formation est trop souvent la règle dans les autres brûlures.

Comment expliquer ce phénomène en apparence si paradoxal: un organe particulièrement délicat supportant sans être lésé le contact de certains métaux arrivés à leur point de fusion, donc possédant une chaleur rayonnante considérable ?

La solution du problème repose sur ce qu'on appelle les lois physiques de la "caléfaction".

C'est en vertu de cette dernière que les ouvriers des hauts fourneaux, après avoir trempé leurs bras dans l'huile, ou même dans l'eau, les longent impunément dans la fonte en fusion ou dans un bain de plomb.

En quoi consiste ce phénomène de la caléfaction. Si l'on projette sur une plaque de métal poli, porté au rouge, une petite quantité d'eau, ce liquide, au lieu de se vaporiser, prend une forme globulaire et se déplace sur la plaque sans entrer en ébullition.

C'est que l'eau est en "caléfaction" ou à l'état sphéroïdal. Conséquence importante: il n'y a pas de contact entre le globule et la plaque métallique, car il se forme autour du globule une couche de vapeur qui l'isole.

Au niveau du globe oculaire, incessamment lubrifié par la sécrétion lacrymale, le même fait se produit quand des parcelles de métal en fusion y sont accidentellement projetées.

Au contraire, quand le corps vulnérant est un métal fusible à haute température, les lésions sont graves, d'une part la chaleur rayonnante du métal est considérable (au-dessus de 1000°) et surtout l'état grenu et irrégulier de la surface du métal s'oppose aux phénomènes de capillarité dont dépend en partie l'état sphéroïdal.

En résumé, il faut mettre surtout en évidence la bénignité du pronostic des brûlures oculaires par métaux fusibles à basse température.

Il devra être réservé pour les métaux à point de fusion élevé: d'où intérêt des commémoratifs précis. Dans ce cas, comme pour les brûlures par caustiques chimiques, il faut se rappeler que des lésions, en apparence peu graves, peuvent avoir des conséquences les plus redoutables, et qu'il est nécessaire d'attendre un temps prolongé, 10 à 12 jours, avant de se prononcer. Une cornée toute blanche par brûlure superficielle peut avoir recouvré sa transparence parfaite en 48 heures; un ulcère cornéen qui paraît anodin, se transformera en leucome indélébile.

A. J.

L'OZÈNE

Glycérine neutre.....	70 grammes
Borax.....	20 grammes
Eau distillée.....	30 grammes

Mode d'emploi:—Pulvériser 1 à 2 centimètres cubes, 2 à 3 fois in die.

* * *

Du traitement de l'ozène par les injections de sérum antidiphthérique.

Des recherches bactériologiques instituées à l'Institut sérothérapique de Milan par MM. les docteurs S. Belfanti, assistant à la clinique médicale de la Faculté de médecine de Turin, et T. Della Vedova (de Milan) ont amené ces confrères à la conclusion que l'ozène serait due à un microbe identique au bacille de Löffler quant à sa forme et aux caractères de ses cultures, mais se distinguant de ce dernier par une atténuation considérable de la virulence. C'est ainsi qu'injecté à des lapins ce microbe provoque de l'oedème et une gangrène humide localisés seulement aux tissus de la région inoculée. Le microorganisme dont il s'agit se trouve, chez les sujets atteints d'ozène, non seulement à la surface, mais aussi dans la profondeur de la muqueuse nasale. C'est lui qui produit à la fois l'altération chimique des sécrétions, cause de la punaisie, et l'atrophie de la muqueuse et des os, lésions caractéristiques de l'ozène vraie.

Ces notions ont tout naturellement conduit MM. Belfanti et Della Vedova à expérimenter les effets des injections de sérum antidiphthérique dans l'ozène. Les résultats obtenus ont été remarquables, puisque sur 32 ozéneux traités par nos confrères, 16 sont complètement guéris, 7 se trouvent actuellement en voie de guérison, 5 ont été améliorés rapidement, et chez 4 seulement l'atténuation des symptômes a été lente à se produire.

Le traitement employé dans ces cas consiste à pratiquer tous les deux jours ou, autant que possible, tous les jours une injection de 10 c.c. de sérum antidiphthérique. Le nombre des injections varie suivant l'âge du sujet, la durée de la maladie et le degré de réaction locale et générale, mais il faut en moyenne une trentaine d'injections pour guérir l'ozène.

Les injections de sérum antidiphthérique provoquent d'abord, chez les ozéneux, de la congestion de la muqueuse nasale. Bientôt après l'odeur fétide de l'haleine disparaît, les produits de sécrétion se fluidifient et la formation des croûtes est définitivement enrayée. Les accidents que peuvent déterminer les injections de sérum chez les sujets

atteints d'ozène sont analogues à ceux qu'on observe chez les diphtériques soumis au traitement sérothérapique et ne présentent aucune espèce de gravité. Lorsqu'ils se manifestent, on suspend la médication pour la reprendre dès que les troubles en question se sont dissipés.

Ce traitement sérothérapique de l'ozène a été également employé, avec plus ou moins de succès, par M. le docteur C. Bozzolo, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Turin, et par M. le docteur G. Gradenigo, chargé du cours d'otologie à la même Faculté.

M. Bozzolo n'a encore eu l'occasion de l'essayer que dans deux cas. Dans l'un d'eux il s'agissait d'une fillette de treize ans atteinte d'ozène chronique extrêmement fétide. La punaisie disparut après la quatrième injection. Le traitement ayant été suspendu, l'haleine redevenit fétide. On eut alors de nouveau recours à la sérothérapie: la punaisie cessa dès la troisième injection. Bien que l'apparition d'hémorragies sous-cutanées multiples ait obligé à interrompre la médication, à l'heure actuelle l'état de la muqueuse nasale ne laisse rien à désirer.

La seconde observation de M. Bozzolo a trait à une femme de quarante-trois ans. Dans ce cas, la fétidité de l'haleine a disparu après la cinquième injection. La malade est encore en traitement.

M. Gradenigo observe actuellement 16 ozéneux qu'il a soumis aux injections de sérum antidiphtérique. Tous ces malades sont déjà améliorés, mais on ne peut rien dire pour le moment sur le résultat final, le traitement n'étant pas terminé.

Un procédé simple de tamponnement postérieur des fosses nasales.

M. le docteur J. Stephan (d'Ilsenbourg) se sert, pour le tamponnement postérieur des fosses nasales, d'un procédé fort commode qui n'exige pour tout instrument, que la première pince venue.

On prend du fil écru, on le plie en trois à six doubles longs de 20 à 30 centimètres en laissant pendre un bout de fil d'une certaine longueur. Les parties pliées sont ensuite tordues et bien cirées. De cette façon on obtient une sorte de mèche assez rigide pour pouvoir être insinuée dans la cavité nasale jusqu'à la paroi postérieure du pharynx. On saisit alors la mèche avec une pince introduite par la bouche, on l'attire en dehors de la cavité buccale, on déplie les fils et on y attache un bourdonnet d'ouate, avec lequel il est facile d'obturer l'orifice nasal postérieur. Il suffit pour cela de tirer sur le bout du fil qui émerge de la narine, en s'aidant en même temps d'un doigt introduit dans la cavité buccale.

Il ne faut pas oublier de laisser pendre dans le pharynx un bout de fil attaché au tampon afin de pouvoir aisément extraire celui-ci par la suite.

TRAITEMENT DU RACHITISME.

Avant tout chercher la cause.—Le plus souvent, “maladie de misère” le rachitisme frappe les enfants élevés au biberon, trop peu nourris, privés d’air et de lumière.

Parfois, ce sont des enfants aux tétées mal réglées, des hyperalimentés dyspeptiques. Enfin souvenez-vous que l’hérédosyphilis, la tuberculose, les broncho-pneumonies traînantes peuvent être en cause.

Traitement préventif:—1o.—Régime alimentaire sévèrement réglé. Et surtout demander l’allaitement maternel prolongé jusqu’au 15è ou 18ème mois. — 2o.—Hygiène et exercices.

Traitement étiologique:—Le rachitisme déclaré, traiter d’abord la cause.

(a)—Traiter l’hérédosyphilis, par l’arsenic ou le mercure.—La tuberculose.

(b)—Régler le régime alimentaire.—Hyponourri, l’enfant sera confié à une nourrice, mis au lait stérilisé ou condensé. Calculer rigoureusement son régime d’après l’âge, le poids et la taille.

Hypernourri, l’enfant sera rationné.

Traitement général:—1o.— Hygiène; sorties quotidiennes au grand air, au soleil. Insister sur la cure solaire qui à elle seule peut donner d’excellents résultats.—(Armand-Delille).

2o.—Hydrothérapie:—Baïns tièdes à 36o, pendant 10 minutes le matin à jeûn.

Bains salés:—

Sel marin:.....	1000 grammes
Carbonate de soude:.....	100 grammes
Amidon:.....	500 grammes

(Pour un bain)

Après le bain, frictions à la flanelle imbibée de baume de Fioravanti ou d’alcool de lavande.

(3o).—Climat marin: excellent parce qu’il apporte air, lumière et atmosphère saline.

Médication interne:—S’abstenir pendant la première année.

(1o.—Huile de foie de morue.—(a).—donner les huiles brunes.

(b)—les donner à doses progressives, depuis une cuillerée à café pour aller jusqu’à 2, 3, 4, cuillerées à soupe par jour.— (cc.—Associer l’huile à des préparations agréables (sirop, bière) ou prescrire:

Huile de foie de morue.....	140 grammes
Sirop simple	60 grammes
Eau de fleur d'oranger.....	40 grammes
Décoction de fuscus crispus à 2.5-100.....	160 grammes
Essence d'amandes amères.	

(20.)—Les phosphate: utiles l'été où l'huile est mal tolérée ou vomie.

Le sirop de lacto phosphate de chaux: 2 cuillérées à café par jour. On peut l'associer à l'huile de foie de morue.

Les glycérophosphates (de 0 gr. 20 à 0. gr. 40 par jour selon l'âge) deviennent excitants si on les prolonge.

Employer la calciline, la tricalcine.

L'hypophosphite de chaux: 0 gr. 10 par jour.

La lécithine (ovolecithine Billon).

(30.)—Le fer: chez les anémiques donner le sirop d'iodure de fer, 0 gr. 05 par jour et par année d'âge. L'association du manganèse au fer renforce son activité.—(Prosthénase).

(40.)—Le sirop de Raifort iodé, le sirop iodo-tannique, le sirop Girard.

(50.)—L'adrénaline fixe la chaux (Bossé de Gènes).—Donner par jour XV à XX gouttes par périodes de 15 jours.

(60.)—L'opothérapie: moëlle osseuse: 2 à 6 comprimés de ogr. 25 par jour dans une bouillie extrait thyroïdien, à petites doses prudentes et surveillées 1 ou 2 cachets de 2 centigr. par exemple.

(70.)—Les vitamines:—Puisqu'on a voulu faire du rachitisme une maladie par carence. Essayer (Mellenby) le jus de citron, d'orange, de raisin, les préparations vitaminiques (biotose) (Hallé), l'épidosine.

Traitement des déformations osseuses:—Ne pas laisser marcher l'enfant jusque vers l'âge de 4 ans. Lutter contre les incurvations, par les attelles, matelassées; le craniotabes, par le port d'un petit coussin de tête; le thorax difforme des enfants plus âgés par la gymnastique générale et respiratoire.

Seules les grosses déformations (genu valgum, varum, etc.) sont susceptibles, lorsque définitivement fixées, d'une cure chirurgicale par ostéoclasie ou ostéotomie.

Par L. Pelissier, interne des hôpitaux. — La Médecine, Août 1923.

H. P.

L'ECZEMA DES NOURRISSONS.

Il paraît indiscutable que certaines variétés d'eczéma peuvent, chez le nourrisson, être provoquées par un régime trop riche en graisse.

Une observation publiée par le professeur Marfan et son élève Turquety est très démonstrative à cet égard. Trois enfants successivement allaités au sein par une nourrice de l'hospice des Enfants-Assistés, dont le lait renfermait un grand excès de beurre (minimum 41 grammes par litre, maximum 78 grammes), ont tous présenté un eczéma intense et étendu: les deux premiers, six semaines après le début de leur mise au sein; le dernier, après une quinzaine de jours. Ces eczémas ont guéri ou se sont améliorés notablement, par la suppression du sein et l'administration de lait de vache écrémé.

Les recherches expérimentales poursuivies, à Riga par E. GARTJE confirment ces faits cliniques. Cet auteur aurait même constaté que les injections sous-cutanées de beurre et d'huile sont susceptibles de diminuer l'hypersensibilité cutanée aux graisses. Il en recommande l'emploi dans l'eczéma tenace.

L'origine grasseuse de certains eczémas du premier âge est donc bien établie, mais elle est loin d'expliquer tous les faits constatés. M. Paul Ravaut, dans un article récent, a montré l'intervention fréquente de l'hérédo-syphilis.

Les récentes recherches de Rueda, à Buenos-Ayres, sur l'action de l'opothérapie pancréatique sur l'eczéma des nourrissons, lorsque du moins il affecte le cuir chevelu, la face ou le tronc, et s'accompagne d'une éosinophilie accentuée, semblent confirmer ces faits. L'opothérapie par pancréas de porc (à la dose de 0 gr. 20 de pancréas desséché, trois fois par jour) aurait donné au bout d'une dizaine de jours des résultats satisfaisants dans 25 cas sur 27. La plupart des nourrissons étaient allaités par leur mère, et la teneur du lait en beurre était exagérée.—(Lereboullet et Schreiber.—Paris Médical, novembre 1923.)

H. P.

ECOLE FRANÇAISE DE STOMATOLOGIE

20, PASSAGE DAUPHINE, PARIS.

L'Ecole Française de Stomatologie a pour but de donner l'enseignement aux seuls étudiants et docteurs en médecine désireux de se spécialiser dans la pratique de la Stomatologie.

L'enseignement donné par des médecins spécialistes et techniciens comprend:

- 1—La clinique générale des maladies de la bouche et des dents.
- 2—Des cours spéciaux sur les différentes branches de la Stomatologie.
- 3—Des travaux pratiques de technique opératoire, de prothèse, d'orthodontie et de laboratoire.

Pour les inscriptions et pour les renseignements, s'adresser au

DOCTEUR BOZO,

Directeur de l'Ecole, 20, Passage Dauphine, PARIS.

DIVERS TRAITEMENTS DU CORYZA

A—Coryza aigu.

Localement on emploie soit de l'huile, ou mieux de la vaseline avec un antiseptique.... Les antiseptiques les plus généralement employés sont l'acide borique, le goménol à 10%, la résorcine à 5%, le menthol à 1%.

Remarques: on emploie généralement ces médicaments avec un peu trop parcimonie. Il faut y aller à assez bonne dose, et répéter 4 à 6 fois par jour. Ainsi je me sers habituellement de l'huile goménolée, à raison de 5 gouttes dans chaque narine, 4 fois in die.

A propos du menthol, il faut être sur ses gardes, dans l'usage de ce médicament surtout chez les enfants. Chez les uns il provoque quelquefois de l'érythème qui n'occupe pas seulement le pourtour du nez, mais même gagne les lèvres et les joues. On dirait de l'érysipèle. Chez d'autres, et c'est plus grave, l'injection d'huile mentholée dans les fosses nasales provoque des spasmes de la glotte, qui vont jusqu'à l'asphyxie, et même la mort. Il faut donc être très prudent dans l'usage du menthol chez les enfants.

* * *

Autres remèdes contre le coryza.—D'après M. le docteur R. Wünsche (de Dresde), les inhalations de chloroforme mentholé à 5 ou 10% pourraient faire avorter le coryza aigu. On se frotte les mains avec quelques gouttes de ce liquide, puis on les tient au devant du nez et de la bouche, en faisant quatre à six inspirations profondes. Les accès d'éternuement disparaissent dès la première inhalation; la sécrétion nasale augmente d'abord pour diminuer ensuite et disparaître après une ou deux autres inhalations pratiquées dans le courant de la journée. Les douleurs pharyngiennes et laryngiennes qui accompagnent souvent le coryza aigu s'amendent également sous l'influence de l'aspiration de chloroforme mentholé.

* * *

Hydrate de chloral 1/2 gramme

Huile de ricin 15 grammes

Avec un pinceau on fait une application de cette antiseptique sur la muqueuse nasale, après l'avoir débarrassée de ses sécrétions.

* * *

Renifler de l'eau de vie forte, versée dans le creux de la main est encore un moyen contre le coryza aigu. Trois aspirations suffiraient le plus souvent.

* * *

Coryza du nourrisson.

Depuis 10 ans, Chatin procède ainsi: installer 2 ou 3 fois par jour, a umoyen d'un compte-gouttes, dans les yeux de l'enfant, un collyre à l'argyrol à 10%.

Les voies lacrymales laisseraient filtrer goutte à goutte le collyre dans les fosses nasales, et au bout de 2 ou 3 jours, tout coryza aigu est asséché.

* * * (Lyon Médical—oct. 1921)

Au début d'un coryza aigu, l'administration à l'intérieur de la médecine suivante m'a généralement réussi. Cette formule est connue de la plupart des praticiens. Elle est sur le marché. Elle se compose de:

Poudre de camphre.....¼ de grain.

Extr. fluide de belladone.....⅛ de minime

Sulfate de quinine.....¼ de grain.

Pour une pillule.

En prendre une, 4 à 6 fois par jour.

* * *

B—Coryza chronique.

Une formule que j'emploie depuis plus de 20 ans est la suivante:

Menthol.....0 gr. 05 centigrammes

Chlorure de sodium.....0-50 centigrammes

Salol1 gramme

Boricine.....2 grammes

Vaseline.....25 grammes

Introduire dans chaque narine, gros comme une fève de cette pommade, 5 à 6 fois in die.

C'est une excellente pommade nasale. Il faut en surveiller l'administration. Au moindre signe d'érythème de l'orifice nasal, on cesse son emploi.

* * *

Rhinite chronique:—On recommande ici les applications de perchlorure de fer liquide, tous les 4 ou 5 jours.

Enfants: solution à 25%.

Adultes: solution à 75%.

* * *

La rhinite sèche antérieure et son traitement.

D'après M. le docteur Siebenmann, professeur extraordinaire d'otologie et de rhino-laryngologie à la Faculté de médecine de Bâle, il existerait une affection nasale particulière encore mal connue, quoique très fréquente, puisqu'on l'observerait chez 10% des sujets atteints de maladies du nez, et qui serait la cause des épistaxis à répétition, ainsi que des perforations non syphilitiques de la cloison cartilagineuse.

Cette affection est la **rhinite sèche antérieure**. Au point de vue des lésions qui la caractérisent, elle est très analogue à la blépharite ciliaire, avec laquelle d'ailleurs elle coexiste fréquemment; ces deux affections paraissent être engendrées par une même anomalie constitutionnelle.

La rhinite sèche antérieure se manifeste au début par une sensation pénible de tension, ainsi que par la formation de croûtes dans les narines et autour des poils qui y sont implantés; la muqueuse prend une couleur rouge foncée; elle est tantôt sèche, tantôt gluante. A une période plus avancée la muqueuse s'épidermise, devient grisâtre et la production de croûtes augmente. Les croûtes situées sur la cloison provoquent, en se détachant spontanément ou sous l'influence du grattage, des hémorrhagies à répétition et des ulcérations qui, lorsqu'elles affectent une marche progressive, peuvent aboutir à la perforation de la cloison nasale. Ces mêmes ulcérations servent de porte d'entrée aux diverses infections; aussi, chez les sujets atteints de rhinite sèche antérieure, voit-on survenir fréquemment des érysipèles de la face, des folliculites et des furoncles des narines, le lupus de la partie cartilagineuse du nez et enfin le phlegmon du septum nasal.

Le traitement de la rhinite sèche antérieure consiste essentiellement dans l'application des pommades dont on se sert dans les cas de blépharite ciliaire et qui sont destinées à modifier la muqueuse tout en stimulant sa fonction sécrétoire et en ramollissant les croûtes. Les vibrisses seront coupées court et le malade devra avoir bien soin de ne jamais détacher les croûtes avec les doigts. Enfin, pour améliorer l'état général, on aura recours aux bains salés, aux ferrugineux, à l'arsenic, à l'huile de foie de morue, à la créosote, etc.

Pour ce qui concerne les ulcérations de la cloison nasale, qui sont la source des épistaxis, M. Siebenmann les traite non pas par la cautérisation galvanique habituellement employée en pareil cas, mais par des applications de permanganate de potasse en substance. Cette méthode donnerait des résultats supérieurs au galvanocautère, qui a l'inconvénient de détruire une certaine partie de la cloison nasale.

Pour ces attouchements, notre confrère se sert d'une sonde munie à son extrémité de coton qu'on humecte légèrement, puis qu'on plonge dans du permanganate de potasse finement pulvérisé. Après l'attouchement, on essuie la région pour en enlever l'excès du médicament.

Les applications de permanganate de potasse seraient aussi, d'après M. Siebenmann, un excellent moyen de traitement des ectasies veineuses de la cloison nasale. * * *

N.B.—Les hypophosphites, le sirop d'iodure de fer, l'huile de foie de morue, le sirop iodo-tannique, feront quelquefois mieux que les applications locales pour guérir les coryzas chez les scrofuleux.

Il faudra toujours s'assurer si le "morveux" n'est pas un adénoïdien. * * *

COMMENT ADMINISTRER LE SALICYLATE

Le salicylate de soude n'est pas toujours d'administration facile. C'est un fait d'expérience journalière que bien des estomacs ne le tolèrent pas, ou le digèrent mal. Que faire alors? Les thérapeutes se sont évertués pour trouver les moyens d'en faciliter sa digestion.

Le moyen que l'on emploie couramment est l'adjonction de bicarbonate de soude au salicylate, à la dose de 5 à 10 grains à chaque dose.

Il est bon de savoir qu'une solution de salicylate, à laquelle on a ajouté du bicarbonate, de claire qu'elle était, devient brunâtre et même noirâtre après quelques jours. Sa composition chimique se trouve-t-elle changée de ce fait? C'est possible. Je n'en sais rien. En tout cas, son apparence n'est pas appétissante. Pour éviter cette coloration noire, il suffit d'ajouter le bicarbonate juste au moment de prendre la dose de salicylate.

On remplace quelquefois le bicarbonate par du benzoate de soude, à la dose de 2 à 5 grains. L'addition du benzoate fait tolérer le médicament principal.

Un autre bon moyen qui m'a souvent réussi, c'est de faire prendre quelques minutes avant le salicylate un peu de vin créosoté. L'estomac le tolère alors beaucoup mieux.

Mon ancien professeur de matière médicale nous enseignait de faire prendre le salicylate dans du café très fort, précisément dans le but de prévenir les vomissements. Longtemps j'ai employé ce moyen et avec succès.

Voilà autant de petits moyens à notre disposition, en vue de faire accepter le salicylate, et surtout de le faire garder. Mais il arrivera encore quelquefois que rien n'y fait. L'estomac est intolérant. On laisse alors reposer l'estomac; et pendant ce temps on se sert de la voie cutanée.....

Il y a aujourd'hui dans le commerce de pharmacie un produit salicylé, beaucoup plus pur que ce que l'on a eu jusqu'ici. C'est ce qu'on appelle le salicylate de soude **"naturel"**. Lorsque les autres produits ordinaires n'ont pu être tolérés, même avec les adjuvants cités plus haut, il nous reste encore cette préparation, que l'estomac tolère très bien. Le salicylate de soude **"naturel"** a aussi cet avantage qu'il se prescrit à la dose moitié moindre que celle du salicylate ordinaire. J'en ai fait l'expérience avec succès.—A. J.

NOTES OBSTETRICALES

De la dermatose de Duhring, au cours de la grossesse. — Dans le cours de la grossesse, on voit quelquefois évoluer une maladie de la peau polymorphe, qu'il est fort utile de bien connaître, car elle implique des considérations de pronostic et de traitement des plus intéressantes.

La maladie de Duhring est constituée par les quatre signes suivants: 1o.)—polymorphisme des lésions; (2o.)—prurit; (3o.)—chronicité et poussées successives; (4o.)—conservation du bon état général.

Le polymorphisme est très accentué; c'est ainsi qu'on observe dans la même poussée éruptive des bulles, des vésicules, des pustules, des papules, des éléments outrés, des placards érythémateux, etc. L'aspect typique est représenté par une nappe érythémateuse au niveau de laquelle existent quelques bulles et quelques pustules. On conçoit que les variétés éruptives puissent varier presque à l'infini — et selon la prédominance de tel ou tel élément, on divise ces variétés en érythématobulleuses, érythémato-pustuleuses, érythémato-ortiiées, etc. Parfois, l'éruption paraît pure, uniquement érythémateuse ou bulleuse; mais la poussée suivante pourra revêtir un autre caractère. En effet, le polymorphisme existe aussi, dans la succession des poussées. On voit donc que c'est plus l'ensemble de ces divers signes que la connaissance objective de la maladie qui permet de poser le diagnostic.

Or, cette affection, pour une raison non encore connue et que M. Perrin s'efforce d'élucider, paraît, chez certaines femmes, être sollicitée par la grossesse. Et c'est alors, à l'occasion de nouvelles grossesses, que s'établit la succession des poussées. En présence de telles lésions chez une femme enceinte, il faudra donc rechercher si pareilles lésions ne se sont pas déjà produites aux grossesses précédentes. Chose curieuse l'affection disparaît plus ou moins vite, il est vrai, mais enfin disparaît presque toujours après l'accouchement.

Tandis que cette maladie, en dehors de la grossesse, n'est à tout prendre, que fort désagréable et fort pénible, dans la grossesse elle revêt un caractère de gravité exceptionnel, qu'il faut bien connaître. Elle tue généralement l'enfant. Lorsqu'elle est accentuée, ou il se produit une fausse couche, ou bien l'enfant meurt à la naissance ou quelques jours avant terme.

Voilà donc un point important à établir. Il ne faut pas oublier non plus que la maladie va bientôt guérir d'elle-même après la grossesse,

que la vie de la mère n'est pas en danger, mais qu'à la prochaine grossesse, les choses se reproduiront identiquement de même. Le pronostic est donc particulièrement grave, mais pour l'enfant seul. Pour la mère, la maladie est, pendant quelques mois, une cause de gêne parfois insupportable.

Au point de vue de la pathogénie, le Dr. Perrin (en collaboration avec le Dr Leredde) pense qu'il s'agit là d'une variété d'auto-intoxication, conséquence d'altérations rénales, auto-intoxication assez fréquente au cours de la grossesse.

En faveur de cette théorie, les auteurs font valoir: (1o.)—La diminution de la toxicité urinaire et l'abaissement notable du taux de l'urée (expériences de Bar). (2o.)—L'influence aggravante qu'exercent sur les poussées éruptives certaines ingestions alimentaires (Jamieson). (3o.)—La polyurie, l'hypertoxicité urinaire, le relèvement du chiffre de l'urée excrétée, observées chez les accouchées à la période de guérison.

MM. Perrin et Leredde ont cherché dans le liquide des vésicules s'ils ne trouveraient pas la substance toxique incriminée. Or, leurs expériences ont précisément démontré la toxicité de ce liquide. Les souris auxquelles du liquide vésiculaire a été injecté meurent rapidement.

Quelle est cette substance toxique? Dans le liquide vésiculaire et dans la peau, des cellules éosinophiles ont été rencontrées en grand nombre. Il est probable que la substance toxique est précisément celle qui est fixée dans ces cellules, substance qui existe à l'état normal dans l'économie, puisque dans le sang on trouve toujours quelques cellules éosinophiles, mais qui, normalement est éliminée par la voie rénale saine.

M. Perrin conclut donc que: 1o.—la maladie de Dühring semble liée à la présence dans le sang, puis dans la peau, d'une substance que fixent les globules blancs sous forme de granulations éosinophiles; (2o.)—la toxicité du liquide des vésicules paraît due à cette substance. C'est elle qui produit les phénomènes nerveux observés dans cette affection et peut-être la mort des enfants chez les femmes enceintes.

Ces conclusions sont des plus intéressantes: elles déterminent la nécessité de surveiller les reins avec grand soin, de favoriser l'excrétion rénale et de prescrire avant tout le régime lacté.

L'auteur recommande de s'abstenir des médications internes qu'on a l'habitude de conseiller, car elles sont la plupart inutiles, et il n'est point sûr qu'elles ne nuisent pas à l'enfant.

Comme traitement local, il faut crever les bulles dès leur apparition (ce qui soulage beaucoup les malades), puis recouvrir les surfaces atteintes de pansements antiseptiques, ouatés de préférence, occlusifs autant que possible.

Des applications locales de la chaleur à la région lombaire dans le traitement de l'éclampsie. — M. le docteur A. de Goubarew, profes-

seur d'obstétrique et de gynécologie à la Faculté de médecine de Dorpat-Youriew, a pu se convaincre que chez les femmes éclamptiques l'application, sur la région lombaire, d'un grand sac en caoutchouc rempli d'eau chaude exerce une action particulièrement favorable. Sous son influence, la diurèse augmente rapidement, tandis que l'albuminurie diminue, puis il se produit une amélioration de l'état général suivie de guérison. Notre confrère a traité six malades atteintes d'éclampsie par ces applications locales de la chaleur et aucune n'a succombé. Les autres moyens de traitement employés dans ces cas ont été les injections hypodermiques de morphine, les lavements de chloral, les enveloppements chauds humides.

Solution pour injections hypodermiques contre les névrites périphériques multiples, notamment contre la polynévrite puerpérale. — M. A. Eulenburg.

Chlorhydrate de morphine.....0 gr. 10 centigr.
Acide phénique neigeux.....0 gr. 20 centigr.
Eau distillée.....Q. S. pour faire une solution
de 10 c. c.

F. S. A. — Pour injections hypodermiques.

On injecte chaque fois une pleine seringue de Pravaz de cette solution. Les injections sont pratiquées, successivement, en divers points du trajet des nerfs malades et de façon que le liquide puisse atteindre les tissus paranévritiques, c'est-à-dire ceux qui entourent immédiatement le tronc nerveux.

TRAITEMENT DES HÉMORRHAGIES POST-PARTUM.

La question du traitement des hémorrhagies post-partum est des plus vastes et nécessite avant tout qu'un diagnostic précis soit établi. C'est qu'en effet toutes les hémorrhagies ne sont pas de même nature; elles se divisent dès l'abord en deux grandes catégories: les hémorrhagies **provenant du col ou du vagin**; les hémorrhagies **provenant du corps utérin**.

Selon que l'on a affaire à l'une ou à l'autre, le traitement est absolument différent.

Hémorrhagie du col ou du vagin: Supposons le diagnostic fait et, par exemple, l'existence d'une déchirure du vagin reconnue. L'utérus est petit, dur, rétracté, nous n'avons pas à chercher à faire contracter la matrice, il faut seulement aller là où le sang s'échappe et obturer la source de l'hémorrhagie, ce qui est quelquefois peu commode: on met au plein jour, on recherche attentivement par la vue s'il n'existe pas sur la vulve ou dans la partie du vagin attenante à la vulve un point qui saigne; si on le découvre, une compression locale maintenue plus ou moins longtemps suffit.

On peut très bien, au milieu du sang qui coule, ne pas arriver à trouver, au fond du vagin, le point d'origine de la perte sanguine; le mieux est alors de faire un tamponnement vaginal aussi soigné et aussi antiseptique.

Cette règle s'applique aux hémorrhagies causées par une déchirure du col. En principe, le mieux serait de mettre à découvert les parties déchirées, de jeter une ligature sur les vaisseaux ouverts ou de rapprocher, par une suture méthodique, les parties séparées; en pratique les aiguilles, les ligatures, les sutures ne servent qu'à peine, le tamponnement est seul toujours efficace.

Hémorrhagies du corps: Celles-ci sont presque toutes causées par l'inertie du muscle. Elles comportent un traitement **prophylactique, curatif et consécutif**.

Au point de vue du traitement prophylactique, on sait que certaines femmes sont prédisposées plus que d'autres à l'hémorrhagie des suites de couches, en vertu de leur état de santé (albuminuriques), ou bien d'une idiosyncrasie particulière, ou enfin d'une disposition générale dans leur famille. Chez ces femmes, on s'efforcera d'abréger la durée du travail, en rompant au besoin un peu prématurément les membranes, en extrayant le fœtus sans retard, en ne perdant pas de contact

l'utérus dès après le dégagement, peut-être en donnant préventivement un peu d'ergotine ou d'ergotinine aussitôt après l'expulsion. Sur ce dernier point, je ne saurais me prononcer d'une manière formelle; je ne crains pas exagérément l'ergot, mais je connais ses méfaits. Il a fait quelquefois du bien, mais que de fois il s'est montré nuisible! En sorte que, sans réprouver absolument son emploi, j'aurais plutôt répugnance à m'en servir.

S'il s'agit d'un traitement curatif, c'est-à-dire si l'hémorrhagie existe, il faut faire rétracter l'utérus. Comment s'y prendre? Le premier et le plus puissant des moyens, qui m'a toujours réussi, c'est l'évacuation du contenu de l'utérus, répétée deux ou trois fois s'il est besoin. Cela ne va pas sans cris ni sans protestations: mais il faut absolument, quand il s'agit d'hémorrhagies graves **post-partum**, recourir à cette manoeuvre.

On y ajoute d'autres moyens dont je ne méconnaissais pas la valeur: l'eau chaude, les préparations d'ergot, les procédés qui visent le ralentissement du cours du sang dans les gros vaisseaux et le tamponnement intra-utérin. Mais tous ces moyens me paraissent inférieurs comme sûreté d'action à l'évacuation immédiate et complète de la cavité utérine.

Le traitement consécutif est immédiat. On le réalise en donnant à l'accouchée des boissons chaudes alcooliques, de la chaleur, en ramenant, par la posture ou par des ligatures appliquées à la racine des membres le sang de la périphérie vers les centres nerveux et circulatoires. Enfin, on recourt à la transfusion vraie ou à l'injection sous-cutanée ou intraveineuse de sérum artificiel.

Il existe encore un traitement consécutif pour les jours qui suivent l'hémorrhagie: c'est aux toniques et fortifiants de toutes sortes qu'il faut alors s'adresser.

Du traitement de la vaginite granuleuse des femmes enceintes.

M. le docteur F. Laborde, qui a vu employer récemment à la clinique Baudelocque, dans le service de M. le docteur Pinard, professeur de clinique d'accouchement à la Faculté de médecine de Paris, les injections et les pansements chloralés dans les cas de vaginite granuleuse des femmes enceintes, vante les bons effets de ce mode de traitement, qui consiste à faire de une à trois injections vaginales par jour avec une solution de chloral dont le titre varie suivant l'intensité de

l'affection. D'habitude, une solution à 1 ou 2% est suffisante; mais, s'il est nécessaire, on peut employer sans inconvénient des solutions à 4 ou 5%.

Pour donner ces injections, la femme est placée dans le décubitus dorsal. La canule est introduite avec précaution et le jet du liquide doit être faible, afin de ne pas s'exposer à provoquer un avortement ou un accouchement prématuré. Les douleurs et la sensation de cuisson ne tardent pas à s'atténuer, l'écoulement vaginal se modifie et diminue notablement s'il ne disparaît pas toujours d'une façon complète.

Lorsque la vaginite détermine la production de végétations en choux-fleurs, les injections vaginales chloralées doivent être associées à l'application de pansements vulvaires faits avec des compresses imbibées de la solution de chloral et fréquemment renouvelées. Sous l'influence de ce traitement et de soins de propreté minutieux, les végétations diminuent considérablement de volume.

* * *

Dilatation de l'urèthre.

Une bonne proportion des femmes qui souffrent de la vessie d'une manière sub-aiguë, telle que douleur en urinant, sensateur de pesanteur dans le bas ventre, et d'envie d'uriner, même après la miction, se trouvent soulagées de tous ces symptômes par la dilatation de l'urèthre. L'introduction du cystoscope produit très souvent une amélioration du côté de ces symptômes.

* * *

L'Assa foetida est un sédatif direct de l'utérus gravide, et n'exerce aucune mauvaise influence sur l'état général. Il est particulièrement indiqué dans les cas de menaces d'avortement, car ce médicament diminue l'irritabilité de l'utérus. D'un autre côté, il n'est d'aucune utilité quand la fausse couche est en marche. Il faut alors avoir recours aux procédés de délivrance. Dans la constipation habituelle et dans les états nerveux qui résultent quelquefois de la grossesse, l'usage de l'assa foetida rend de précieux services.

A. J.

LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE QUÉBEC.

171^e SEANCE.

Cette séance a lieu le 24 mars 1924, à l'École de Médecine, sous la présidence de M. le Dr. J. E. Bélanger, président de la société.

Étaient présents: M.M. les Docteurs A. Rousseau, Jos. DeVarennas, C. O. Samson, Jos. Guérard, H. Pichette, A. Jobin, R. Desmeules, Art. Leclerc, A. Drouin, Emile Fortier, A. Edge, Paul Marceau, W. Verge, L. Reid, Geo. Grégoire, L. Perrin, E. Bissonnette, R. Destrempe, H. Laliberté, J. E. Verreault, A. Clark, Jos. Vaillancourt, A. Lavoie, Th. Robitaille, R. Rainville.

En l'absence de M. le Dr E. Couillard, M. le Dr Verreault remplit les fonctions de secrétaire. Il lit alors le procès verbal de la dernière séance, lequel est adopté.

M. le Dr J. Emile Fortier donne alors lecture de son travail sur l'insuline.

A la suite de cette communication, M. le Dr Rousseau fait quelques remarques au sujet de ce nouveau médicament. Le Docteur ne croit pas que l'insuline puisse relever la tolérance des sucres. C'est une médication imposée par les symptômes, résultant du manque de combustion des sucres. Il croit que l'école de Toronto a un peu trop schématisé, et que la réalité n'offre pas une telle analogie. Certains expérimentateurs ont noté qu'il y avait quelquefois hyperglycémie.

D'autres ont démontré que l'insuline, lorsque son usage en est abandonné, prédispose à la formation de corps acétoniques. On doit donc le réserver, lorsqu'il y a menace pour la vie. Le Docteur ajoute qu'il vaut mieux s'adresser au régime dans les autres cas, suffisant pour l'activité, et acceptable par le malade, tout en réduisant la glycémie et la glycosurie. Ce régime vaudra mieux que l'insuline dès le début.

Il faudrait distinguer entre l'acidose et l'intoxication acide, résultant de l'accumulation d'acides. Les produits acides se forment dans le foie, et chez les gros mangeurs, à la suite d'excès de table. Même les diabétiques légers, sans passer du sucre, passent des corps acétoniques.

Il est probable que les acides ne déterminent pas le coma, mais qu'il faut l'addition de produits secondaires.

Il faut réserver l'insuline aux cas de dénutrition, où l'utilisation du sucre est au-dessous de 50 grammes par jour, et dans les cas où existent des phénomènes d'intoxication.

M. le président remercie M. le Dr Fortier de sa communication; il ajoute que l'application de ce nouveau traitement est plutôt réservé aux hôpitaux.

Le Dr Rousseau et le Dr Fortier n'ont jamais employé l'insuline avant une intervention chirurgicale chez un diabétique.

Le Dr Fortier a remarqué que l'insuline a beaucoup amélioré une névrite chez un malade éliminant 90 grammes de sucre, et pesant 150 livres. Depuis 3 mois ce malade a engraisé; il se sont amélioré, et a repris sa besogne.

Puis le Dr J. E. Bélanger rapporte un cas de septicémie, curieux par le début, la marche et la terminaison. A ce propos le Dr Rousseau fait remarquer que les cas de septicémie sont fréquents cette année, et que le staphylocoque a une affinité innaccoutumée pour le sang.

Sur proposition du Dr Reid, secondé par le Dr Grégoire, le Dr J. Perrin est élu membre de la société médicale.

Puis la séance est levée à 10 heures et quart.

Le Secrétaire "pro temp.",
Dr. J. E. Verreault.

SINGULIERE PRESCRIPTION CONTRE L'OBESITE

Le vieux praticien autrichien Gruby, qui menait à la baguette sa clientèle, composée de "tout ce qu'il y a de chic" à Paris, vit un jour entrer chez lui une grande et honnête dame, rendue impotente par l'exubérance de ses charmes, tant antérieurs que postérieurs. Toute la Faculté y avait passé: le théoricien à l'oeil noir y avait perdu ses théories; le nouveau praticien à la mode, "magister elegantiarum", en avait été pour ses ordonnances: en dépit de tous, le flot de graisse montait toujours, et on comprend, après ces multiples échecs que la pauvre dame en eut gros sur le coeur.

Après avoir longuement réfléchi, ausculté, soupesé, Gruby, d'un ton calme mais ferme, prescrivit le traitement suivant:

"Choisir deux belles oranges de Judée, se faire conduire en voiture à l'Arc-de-Triomphe: là, descendre et aller à pied jusqu'à la Bastille en tenant, condition indispensable! — dans chaque main une orange. Arrivée à la Bastille, manger les deux oranges; puis rentrer, pour prendre un repos bien gagné.

Le lendemain, dans le simple appareil, faire un fort bouillon avec une tête de veau entière; remuer soi-même le bouillon, l'écumer. Bref, la malade, du commencement à la fin, devra présider à la cuisson. Amener le dit bouillon à température convenable par addition d'eau et s'en faire un bain, qu'on devra faire incontinent, sans en exclure la tête de veau.

Enfin, trois fois par semaine, se fabriquer de la compote de pruneaux, et pommes. Cette compote devra être préparée sur grand feu, en remuant le mélange avec soin de gauche à droite. Au cours de toutes ces manoeuvres, l'assistance d'une main étrangère est absolument prohibée."

Vous vous demandez sans doute de qui je me moque, en racontant pareilles sornettes. Vous auriez, me direz-vous, ordonné en pareil cas, l'exercice, des bains de diverses natures et des laxatifs.....certes! Mais songez qu'il s'agissait d'une grande et honnête dame, une Reine, à ce qu'on raconte, et elle se serait bien gardée, de suivre votre prescription beaucoup trop simple. Réfléchissez au contraire à ce qui se cache d'utile, et je dis plus, de profond, sous la fantaisie de Gruby, et vous verrez comme tout s'éclaire. Les deux oranges de Judée dans chaque main, hynoptiser la malade en cours de route, et la rafraîchiront à l'étape. En outre, la dame se trouvant dans l'impossibilité de relever ses jupes, sa marche d'entraînement ne lui sera que plus profitable. En fabriquant son bouillon à la tête de veau, qu'elle remue constamment, c'est d'abord de l'exercice qu'elle prend, puis un bon bain de vapeur, voici le bain gélatineux, toujours grâce à la tête de veau. Quant à la compote, n'est-ce pas le laxatif rêvé, et en la remuant sans cesse, la cliente ne prend-elle pas une suée, autre bain de vapeur?

Le curieux, c'est que la dame, qui avait cependant sa volonté, suivit de point en point l'ordonnance. Une seule chose lui fut pénible, racontait doucement Gruby, c'étaient les yeux de la tête de veau, qui semblaient la fixer dans le bain. Mais le vieil original, bon diable au fond, fit cesser le tête-à-tête. Dès lors, tout marcha à souhait, la dame perdit kilogs sur kilogs, recouvrit sa sweltesse d'antan, et là où la raison avait échoué, la fantaisie réussit.

Tant il est vrai que la façon d'ordonner vaut mieux que ce qu'on ordonne.

J. Thuillier.

(de l'Esprit d'Esculape)

**INFECTIONS ET TOUTES
SEPTICEMIES**

Traitement LANTOL
— PAR LE —

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

Rhodium B. Colloïdal
électrique

...LABORATOIRE COUTURIEUX...
18, Avenue Hoche, Paris.

AMPOULES DE 3 C'M.

PRÉPARATIONS COLLOÏDALES

Métaux colloïdaux électriques à petits grains.

Colloïdes électriques et chimiques de métalloïdes.

ELECTRARGOL

(Argent)

Ampoules de 5 cc. (6 par boîte).
Ampoules de 10 cc. (3 par boîte).
Ampoules de 25 cc. (2 par boîte).
Flacons de 50 et 100 cc.
Collyre en amp. compte-gouttes.
Ovules (6 par boîte).
Pommade (tube de 30 grammes).

Toutes les
maladies
infectieuses
sans
spécificité
pour l'agent
pathogène.

ELECTRAUROL

(Or)

Ampoules de 1 cc. (12 par boîte).
Ampoules de 2 cc. (12 par boîte).
Ampoules de 5 cc. (6 par boîte).
Ampoules de 10 cc. (3 par boîte).

ELECTROPLATINOL

(Pt)

ELECTROPALLADIOL

(Pd)

Ampoules de 5 cc. (6 par boîte).
Ampoules de 10 cc. (3 par boîte).

ELECTRORHODIOL

(Rd)

Ampoules de 5 cc.
(Boîtes de 3 et 6 ampoules).

ELECTR=Hg

(Mercure)

Ampoules de 5 cc. (6 par boîte).

N. B. — L'
ELECTRARGOL
est également
employé dans
le traitement
local de
nombreuses
affections
septiques.

Toutes
formes de la
Syphilis.

ELECTROCUPROL

(Cu)

Ampoules de 5 cc. (6 par boîte).
Ampoules de 10 cc. (3 par boîte).
Collyre en amp. compte-gouttes.

Cancer,
Tuberculose,
Maladies
infectieuses.

ELECTROSÉLÉNium

(Se)

Ampoules de 5 cc. (3 par boîte).

Traitement
du
Cancer.

ELECTROMARTIOL

(Fer)

Ampoules de 2 cc. (12 par boîte).
Ampoules de 5 cc. (6 par boîte).

Syndrome
anémique.

ARRHÉNOMARTIOL

(Fer colloïdal + Arsenic organique)
Amp. de 1 cc. (12 p^r boîte, et Gouttes)

COLLOTHIOL

(Soufre)

Elixir — Ampoules de 2 cc.
(6 par boîte). — Pommade.

Toutes les
indications de
la Médication
sulfurée.

IOGLYSOL

(Complexe
iode-glycogène)

Ampoules de 2 cc. (12 par boîte).

Cures iodée
et iodurée.

ELECTROMANGANOL

(Manganèse)

Ampoules de 2 cc. (12 par boîte).

Affections
staphylo-
cocciques.

1-45

LABORATOIRES CLIN

Agents pour le Canada: ROUGIER FRERES, 210, rue Lemoine, MONTREAL

J. B. GIROUX

PHARMACIEN-OPTICIEN

Tél.: 1737w

..La nuit: 1737j

392, RUE ST-JOSEPH,

QUEBEC

BANDAGES, BAS ELASTIQUE, SEINS ARTIFICIELS.

Mentionnez le "Bulletin Médical" en écrivant aux annonceurs.