

MONTREAL-MEDICAL

VOL. III

15 AVRIL 1903

No 2

L'ÉVOLUTION DE L'ENSEIGNEMENT CLINIQUE (1)

PAR SIR WILLIAM HINGSTON, F. R., C. S.

Professeur de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu de Montréal.

Ce qui contribua le plus à l'évolution de l'enseignement clinique ce fut la facilité d'observation que procuraient les hôpitaux où se trouvaient de nombreux malades souffrant d'affections les plus variées. Ces maisons hospitalières pour les pauvres malheureux furent d'origine chrétienne et les chirurgiens catholiques eurent plus que les autres l'occasion d'exercer leur art. Dès la plus haute antiquité l'Église catholique favorisa la fondation de maisons de santé. En l'an 312, à l'époque de l'empereur Constantin, des hôpitaux furent construits dans plusieurs villes; en 325 au concile de Nice on parlait de ces établissements comme étant connus de tous.

Dans un ouvrage sur "L'Europe moral", Lecky rapporte qu'au 4ème siècle Fabiola, une dame romaine, fondait le premier hôpital public pour les indigents. Cette forme de charité d'une si impérieuse nécessité, implantée sur la terre par les mains d'une femme, ne pouvait manquer de se répandre partout et d'apporter de douces consolations aux malheureux.

Le plus grand et le plus important hôpital de cette époque se trouvait à Césarée et peu de temps après ce fut celui de St-Chrysostôme à Constantinople; au neuvième siècle il existait dans la ville de Rome vingt-quatre hôpitaux. Malgré la facilité et les avantages que pouvait recevoir l'enseignement au lit des malades la clinique n'apparut que plus tard.

Le médecin avait alors, comme cela existe encore un peu aujourd'hui une tendance à faire du corps humain un alambic, une cornue capable de décomposer et de recomposer aux capri-

(1) Discours prononcé à Chicago lors de l'inauguration de l'hôpital clinique de Senn.

ces de l'imagination tous les remèdes administrés ; on introduisait dans un estomac que l'on ne connaissait pas des médicaments que l'on connaissait encore moins ; on escomptait les bienfaits résultats et l'on se confiait en une fausse sécurité. En ce temps-là le but qu'on cherchait à atteindre n'était pas moins élevé qu'aujourd'hui, mais les moyens pour y parvenir étaient bien limités.

Il a fallu bien des siècles de labeurs, de constantes observations, d'expérimentations nombreuses, d'études approfondies de savantes délibérations et de multiples publications pour détruire les erreurs du passé et faire admettre les véritables principes sur lesquels reposent la médecine. Le but proposé est toujours le même : restituer à un organisme malade son état anatomique et physiologique normal ; mais les ressources à notre disposition pour reconnaître une maladie, sa nature, ses causes et sa thérapeutique sont considérablement augmentées. A côté des récentes découvertes que nous apportent tous les jours la chimie biologique, la microbiologie, l'anatomie pathologique, la radioscopie etc., l'enseignement d'observation clinique des malades doit toujours occuper la première place dans les études de la médecine comme de la chirurgie.

Quelqu'habile que puisse être le savant des laboratoires, le clinicien doit généralement pouvoir faire seul un bon diagnostic. La médecine a suivi le progrès des autres sciences sœurs et d'illustres écrivains voient leurs brillantes théories confirmées par l'expérience. Aussi dans certains cas particuliers les recherches de laboratoire peuvent venir en aide à un diagnostic difficile à établir. Le grand nombre de malades que dans un temps donné l'étudiant sérieux peut observer, tant dans les hôpitaux que dans les dispensaires lui facilite considérablement les études cliniques en lui inculquant des connaissances absolument nécessaires et essentiellement pratiques. Les notions théoriques, grâce aux lectures données aux nombreux ouvrages à la portée de tous et aux revues médicales qui analysent, synthétisent, condensent et en perfectionnent l'exposé par des résumés clairs et précis, ces notions, dis-je, sont connues rapidement et peuvent s'acquérir dans un temps relativement court ; les connaissances pratiques, au contraire, pénètrent plus lentement dans les esprits et demandent des études répétées et une application personnelle des principes acquis avant de devenir un médecin compétent dans l'exercice des devoirs de

sa profession. Aussi dès le début des études médicales est-il de la plus haute importance pour l'étudiant de voir évoluer les phases des maladies en visitant tous les jours les hôpitaux où se trouvent de nombreux malades. L'observation continue des patients, l'histoire complète de leur passé facilitent le diagnostic, éclaire le traitement et concourt puissamment à former le sens médical nécessaire à tout praticien.

En chirurgie les questions des fractures, des dislocations, des tumeurs bénignes et malignes, d'inflammations et de ses résultats, ne sont plus pour l'observateur instruit des questions abstraites et ces nombreuses affections chirurgicales doivent maintenant se présenter au chirurgien sous une forme concrète qui lui indique la conduite à tenir. Cependant les règles de la chirurgie systématique sont encore plus faciles à connaître qu'à suivre ; il ne saurait exister de lois invariables et la clinique nous enseigne qu'il faut toujours être prêt à modifier instantanément un mode opératoire selon les indications nouvelles qui se présentent. Chaque jour le champ de la chirurgie s'élargit et la ligne qui sépare la médecine de la science chirurgicale devient de plus en plus difficile à tracer. En présence de ce grand mouvement des interven-tionnistes il est peut-être permis de se demander si tout cet enthousiasme est bien toujours à l'avantage du patient. Un des plus grands dangers de ces opérations nouvelles est d'être entreprises par des chirurgiens qui n'ont pas eu l'avantage de se familiariser avec une technique souvent compliquée qui nécessiterait plus d'études antécédentes et de manipulations expérimentales avant de pouvoir triompher des difficultés qui peuvent se présenter. Le médecin s'occupant de pratique générale n'a pas, comme les chirurgiens des hôpitaux, l'occasion de se perfectionner pour faire de grandes interventions ; mais il lui faut être armé pour répondre à la chirurgie d'urgence, et comme la pathogénie mieux connue en augmente chaque année le nombre, il faut donc que les études nécessaires soient faites en proportion requise. C'est pour atteindre ce but que l'enseignement doit s'occuper des cours de médecine opératoire où l'étudiant pratiquera lui-même sur le cadavre une opération qui sera appelée à faire, lorsque laissé à ses propres ressources, exerçant à la campagne, il lui faudra intervenir immédiatement.

(A suivre.)

QUELQUES ETUDES SUR LE CERVEAU

PAR M. LE DOCTEUR MIGNAULT.

Professeur d'anatomie à l'Université Laval de Montréal.

(Suite de la page 11.)

J'ai eu sous mes soins une malade qui, à la suite d'une hémorrhagie cérébrale, était restée hémiplegique et aphasique pendant plusieurs semaines. Par la suite elle nous disait qu'elle comprenait parfaitement lorsque l'on parlait d'elle mais qu'elle était dans l'impossibilité de trouver un seul mot pour exprimer ses idées. Cette malade savait parfaitement l'anglais avant son accident cérébral, mais tant qu'elle a vécu elle n'a jamais pu s'exprimer en cette langue. Elle succomba à une nouvelle hémorrhagie à peu près trois mois après la première.

Règle générale les aphasies ne sont pas de longue durée, mais si elles se renouvellent elles peuvent être permanentes. Je sais que le centre de Broca peut se former peu à peu du côté droit, mais cette transposition n'a pas toujours lieu. Je vois de temps en temps un homme de cinquante-cinq ans, deux fois hémiplegique, chez qui la paralysie des membres est à peu près disparue, mais qui cependant est resté aphasique.

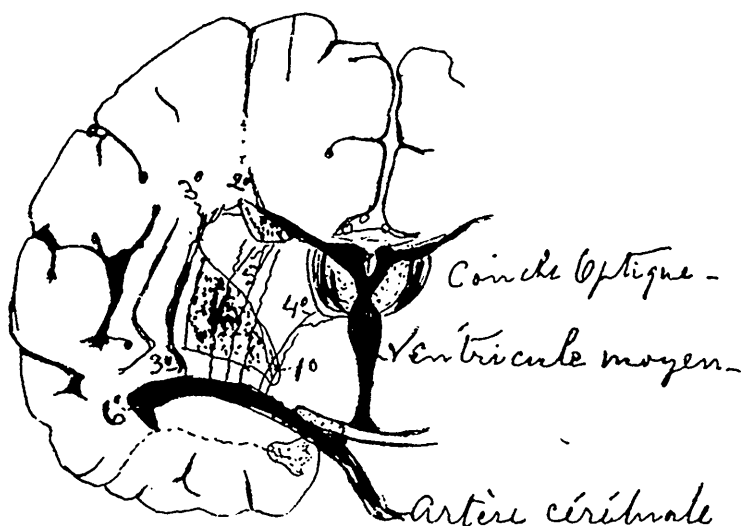
Lorsque la lésion affecte les deux tiers antérieurs du segment postérieur de la capsule nous avons une hémiplegie du côté opposé. Cette paralysie est rarement égale pour le membre supérieur et le membre inférieur, mais si elle intéresse le membre supérieur spécialement, elle a coutume de durer plus longtemps, et même elle ne se passe pas entièrement dans bien des cas.

L'on constate en examinant ces malades, que certains muscles échappent toujours à l'effet de la lésion capsulaire. Tels sont les muscles masticateurs, les muscles inspireurs et autres. La cause de cette immunité est facile à établir : c'est que les noyaux d'origine des nerfs qui animent ces muscles sont reliés ensemble par des fibres commissurales, de sorte que de quelque côté que vienne l'incitation motrice elle est portée aussitôt aux noyaux d'origine du côté opposé, et les deux groupes musculaires agissent ensemble. Cette communication entre les noyaux de certains nerfs explique comment un centre

unilatéral au cortex peut suffire pour faire exécuter une fonction telle que la parole articulée, où nécessairement les muscles des deux côtés doivent agir de concert.

Quant à la paralysie sensitive, l'expérience nous démontre qu'elle est rarement présente dans les hémiplegies. Il pourrait bien y avoir un peu d'engourdissement, de fourmillements dans les membres paralysés, mais rarement une véritable anesthésie. Les fibres partieuses des impressions sensitives échappent à l'effet des lésions parce qu'elles ne forment pas, comme nous venons de le dire, des faisceaux dans la capsule.

Disposition des branches ganglionnaires de l'artère cérébrale moyenne.



- 1o Noyau lenticulaire.
- 2o Noyau caudé.
- 3o Artère de Charcot moyenne.

- 4o Artères striées internes.
- 5o Artères striées externes.
- 6o Ventricule latéral.

et que le carrefour sensitif qui, selon Charcot, se trouve dans la partie postérieure du segment postérieur n'existe pas. Selon Déjerine l'hémi-anesthésie n'a lieu que lorsque les ganglions de la couche optique sont intéressés, et il apporte à l'appui de sa thèse plusieurs observations avec autopsie.

La cause la plus fréquente des hémiplegies est un épanchement sanguin qui, s'échappant d'un vaisseau sanguin rompu, comprime la capsule interne.

Si du côté du cortex, les artères cérébrales rampent dans la pie-mère, d'où s'échappe comme une pluie d'artérioles qui plon-

gent dans la substance cérébrale, du côté de la capsule nous avons un véritable faisceau de petites artères beaucoup plus grosses que celles qui irriguent le cortex, et qui passent par l'espace perforé antérieur pour arriver à destination.

C'est ainsi que l'artère cérébrale antérieure donne naissance aux artères qui se distribuent au noyau caudé, tandis que de l'artère cérébrale moyenne provient un groupe très important de vaisseaux, qui portent le nom d'artères striées. Selon leur disposition elles se divisent en striées externes et internes.

Les striées externes qui abordent le noyau lenticulaire du côté de la circonférence externe, et l'ayant traversé ainsi que les deux segments de la capsule interne, se distribuent au noyau caudé et à la couche optique. C'est parmi les premières que se trouve l'artère de l'hémorragie cérébrale de Charcot, qui est d'un calibre un peu plus considérable et qui contourne le noyau lenticulaire pour se terminer dans le noyau caudé.

Les artères striées internes qui se rendent d'abord au deux segments internes du noyau lenticulaire et puis à la couche optique en passant à travers le segment postérieur de la capsule.

L'artère cérébrale postérieure donne naissance à deux groupes d'artères ganglionnaires, destinées à la couche optique.

La distribution de ces dernières branches qui abordent la couche optique du côté interne autour de la capsule, et celles qui viennent de la cérébrale antérieure et qui se rendent au corps strié, les met hors de cause lorsqu'il s'agit d'une hémiplegie, de sorte que c'est à la cérébrale moyenne qu'il faut s'en prendre lorsque cet accident a lieu.

Si par exemple il y a rupture de l'artère de l'hémorragie cérébrale, il est facile de comprendre que l'épanchement sanguin se frayant un chemin d'avant en arrière comprimera d'abord le segment antérieur de la capsule, et puis le genou et enfin le segment postérieur, de sorte qu'il y aura aphasia avec hémiplegie si la lésion se trouve du côté gauche, ou simplement hémiplegie si elle siège du côté droit. Naturellement l'hémorragie peut naître d'aucune autre artère de ces deux groupes et le fait s'observe assez souvent, car toutes les hémiplegies du côté droit ne sont pas accompagnées d'aphasia. Il faut croire que, dans ces cas, l'artère affectée se trouve parmi celles qui traversent la capsule interne en arrière du genou.

LE TÉTANOS, SES TRAITEMENTS ; OBSERVATION ET
GUÉRISON D'UN CAS PAR LA MÉTHODE DE
BACELLI ⁽¹⁾

Avec le retour du printemps le tétanos devient une complication plus fréquente des blessures, il y a donc opportunité de considérer aujourd'hui les progrès de la thérapeutique touchant cette affection. A cette occasion j'ai l'honneur de vous rapporter l'observation d'un malade âgé de 21 ans qui, deux jours après son entrée à l'hôpital, présenta tous les symptômes cliniques du tétanos : trismus, regard fixe, pupille contractée, rire sardonique, contracture des muscles de la nuque, tête renversée en arrière, attaque d'opisthotonos, d'emphrotonos, secousses convulsives répétées ; le diagnostic, facile, s'imposait. En présence de ces malades trois questions se posent : 1o. Comment faut-il traiter le foyer infectieux ? 2o. Quel médicament doit-on choisir pour calmer l'hyperexcitabilité médullaire ? 3o. Comment peut-on détruire ou favoriser l'élimination de la toxine tétanique ? Comme la thérapeutique doit être pathogénique en ses inspirations, avant de répondre à ces questions il n'est pas sans intérêt d'étudier la pathogénie de cette affection et les propriétés biologiques de ce microbe particulier. En 1884, lors de la découverte de l'agent spécifique par Nicolaïer le tétanos sortit du cadre des grandes névroses pour prendre place parmi les maladies infectieuses et contagieuses. Ce bacille n'agit pas par sa seule action de présence, et Vaillard a démontré que si l'on injecte à un animal une culture jeune ou pure on n'inocule pas le tétanos ; même les spores pures en contact avec les plaies ne donnent pas naissance à la maladie. Ces notions sont de haute importance car elles expliquent pourquoi le tétanos est une complication relativement rare des blessures, bien que son bacille et ses spores soient abondamment répandus dans la nature ; on les trouvent, surtout, dans la terre, la boue des rues, les excréments des animaux, les poussières des habitations et dans les toiles d'araignées qu'on emploie souvent dans les campagnes pour combattre les hémorrhagies. Il faut, pour voir éclore la maladie, que le bacille ou ses spores soient

(1) Observation recueillie par M. le docteur Hamelin, à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le professeur Guérin, et présentée à la Société Médicale de Montréal, par M. le docteur D. E. LeCavelier.

accompagnés de leur toxine qui est absolument nécessaire à leur développement ; c'est elle qui possède une arme défensive et offensive, chimiotaxie négative neutralisant l'afflux lymphatique phagocytaire ; c'est elle qui renferme le poison soluble convulsivant composé de tétanine, ténatoxine et de spasmotoxine. C'est donc à ces substances particulièrement toxique pour le système nerveux que remonte la pathogénie du tétanos. Ces toxalbumines, disent Brieger et Boer, sont très sensibles à l'action de la chaleur et de la lumière ; ainsi, une culture qui tue rapidement un cobaye à la dose de un deux-centième de centimètre cube devient tout à fait inactive si on la chauffe durant trente minutes à une température de 145°F. Le microbe, quoique très résistant à l'égard des antiseptiques, l'est beaucoup moins que ses spores qui supportent sans périr 176°F durant six heures et même 191°F pendant deux heures ; elles sont plus sensibles à l'action de la lumière et en présence de l'air elles germent moins facilement, donnent des bacilles atténués ou privés de virulence.

Dans l'acide phénique à 5 p. c., ces spores vivent encore durant dix heures et dans la liqueur de Van Swieten pendant trois heures.

Chez notre malade, nous avons répondu à la première question du traitement local en badigeonnant deux fois par jour, avec la liqueur de Van Swieten, les petites plaies à la lèvre supérieure, au nez et aux doigts ; dans ce cas, il n'était pas facile d'établir la durée d'incubation de la maladie, les blessures ayant été reçues à différents endroits en différents temps. Ce patient habitué à se payer le luxe à toutes les semaines d'un grand lavage de l'estomac aux liqueurs alcooliques, éprouvait un malaise général depuis quelques jours, évitait de prendre aucune boisson. Après une chute dans la rue il fut transporté à l'hôpital. Si ce malade avait eu des plaies profondes aux membres aurait-il fallu conseiller l'amputation dans le but d'arrêter la marche du tétanos ? Cette méthode suivie autrefois ne saurait être appliquée aujourd'hui. Connaissant mieux la pathogénie de l'affection et les antiseptiques puissants capables de réagir contre les associations microbiennes l'éradication complète du foyer traumatique, au prix d'une amputation, ne peut être justifiée. Il faut donc procéder à la désinfection parfaite des plaies, faire au besoin de

larges débridements et des lavages alternant avec l'alcool, le sublimé au 2000ème, avec des solutions phéniques chaudes, etc., et le thermocautère peut quelquefois être utile pour obtenir l'asepsie de certains points anfractueux. Comment faut-il traiter l'hyperexcitabilité médullaire? Au troisième jour de sa maladie notre patient avait des attaques convulsives répétées presque à toutes les dix minutes et dans l'intervalle les muscles demeuraient fortement contractés, la température était à 100 3-5° F, le pouls 82, les urines normales, 1 litre durant les 24 heures; la quatrième journée le malade n'eut que 5 ou 6 attaques d'opisthotonos; la cinquième journée, quatre (trois entre 10 heures et minuit et une plus forte à cinq heures); le sixième jour, trois attaques (à minuit, à 1.15 hr. et à 3.30 hrs); au septième jour deux légères crises convulsives (à 1.15 hr. et 1.55 hr. a. m.). Les jours suivants les attaques tétaniques diminuèrent graduellement pour disparaître complètement au quinzième jours de sa maladie.

Durant tout ce temps le malade recut chaque soir une injection rectale de 60 grains de chloral et des injections sous-cutanées d'acide phénique préconisé par Bazelli, (un drachme à toutes les deux heures, jour et nuit, d'une solution à 3 p. 100). Après cette date les piqûres phéniquées ne furent administrées que durant le jour pendant une semaine. La convalescence fut rapide, le patient acquit un embonpoint remarquable et quitta l'hôpital parfaitement guéri. On trouve rapporté dans toute la littérature médicale 77 guérisons sur 85 cas traités par cette méthode, ce qui est une statistique des plus favorable puisque tous les autres traitements du tétanos accusent une mortalité variable entre 58 et 40 pour 100. Les phénomènes particuliers constatés chez notre malade au début du traitement furent une hypertension artérielle considérable sans modification dans le rythme cardiaque qui produisit une cyanose passagère des extrémités et une augmentation graduellement croissante de la sécrétion urinaire s'élevant de 1 litre à 2, 3, 4, 5, 6 et même 7 litres par 24 heures tout en conservant une densité relativement élevée 1013, 1016. La diminution de l'urine fut graduelle après cessation du traitement. L'acide phénique aurait-il la propriété d'augmenter la densité sanguine en coagulant les toxalbumines du bacille tétanique et d'amener une polyurie

abondante par action mécanique sur les glomérules rénaux ? Pour élucider ce point obscur il nous faudra faire des analyses répétées du sang touchant ses modifications qualificatives. Au nombreux traitement antispasmodique proposé (curare fève de calabar, tabac, ciguë, composé cyanique, clauvre indien, l'antipyrine, musc castoreum valeriane, l'hogoscine camphre asa fœtida, etc.) le chloral à hautes doses, 12 à 15 grammes par 24 heures est encore le meilleur et le plus efficace pour calmer l'hyperexcitabilité médullaire, le chloroforme serait indiqué si les convulsions trop fréquentes empêchaient l'administration du chloral.

Une autre médication s'adressant à la toxine vient d'être préconisée dernièrement par M. le docteur Gelibert. La persodine ou persulfate de soude aurait, paraît-il, la propriété de dissoudre l'albuminotoxine tétanique et d'en favoriser rapidement l'élimination. On rapporte plusieurs succès au crédit de ce traitement qui consiste en injection quotidienne de 10 centimètres cubes d'une solution de persodine à 3 p. 100.

Quant à la sérothérapie il était tout naturel de croire en son efficacité après les résultats remarquables du sérum de Roux contre la diphtérie et les connaissances acquises touchant la biologie du bacille du tétanos et les composés de sa toxine ; mais les nombreuses injections faites ont démontré que le sérum ne donne pas un nombre de guérisons supérieur aux anciens traitements, car pour être efficace l'injection doit précéder l'éclosion des tétanos.

Les expériences faites dans ce sens par Nocard sur 2,727 chevaux traités préventivement, aucun ne contracta le tétanos ; pendant le même temps les mêmes vétérinaires observèrent 191 cas de tétanos sur des chevaux non traités habitant le même milieu. Ces injections préventives faites à des blessés dans des hôpitaux où s'étaient déclarés plusieurs cas de tétanos ont confirmé les résultats obtenus en pathologie expérimentale.

Croyant que le sérum n'agissait pas parce que les injections sous-cutanées parvenaient au centre affecté après trop de modification, MM. Roux et Borrel ont alors proposé et expérimenté l'antitoxine en injection intra-cérébrale ; l'enthousiasme pour cette méthode fut assez vif mais éphémère ; les résultats heureux deviennent de plus en plus limités. Ce traitement a le désavantage de n'être pas inoffensif.

Alors qu'on ne cite que des accidents insignifiants à la suite des injections sous-cutanées et même intra-veineuses, les observations ne sont pas rares où l'injection intra-cérébrale a provoqué des accidents sérieux et même la mort des malades. Beaucoup ont présenté des troubles cérébraux : délire, hallucinations, crises convulsives. Chez d'autres on a noté des troubles du côté du cœur, soit le ralentissement, soit l'accélération des battements. Enfin, l'élévation de la température et l'aggravation des symptômes ont parfois suivi l'injection.

Les autopsies d'ailleurs ont révélé la cause de ces phénomènes. On a trouvé maintes fois des foyers hémorragiques, des plaques de méningite au niveau des piqûres, et, dans un cas (celui de Gibb) un abcès cérébral qui emporta le malade après la disparition des symptômes tétaniques.

La méthode est aujourd'hui jugée : le traitement par les injections intra-cérébrales est à repousser d'une façon absolue.

La ponction de Quincke et la rachico-caïnisation firent songer à la cavité sous-arachnoïdienne comme lieu d'introduction de l'antitoxine.

La statistique fournit des chiffres lamentables : 20 cas avec 13 morts, soit une mortalité de 65 pour 100. Il est encore à noter que, sur les 7 cas de guérison, la plupart ne sont pas démonstratifs.

Opothérapie :—Wassermann et Takaki ont démontré qu'une émulsion de cerveau de cobaye normal dans l'eau salée, mélangée avec de la toxine tétanique, neutralise jusqu'à 10 doses mortelles et atténue 60 doses mortelles de celle-ci, injectées à la souris : la substance nerveuse a rendu la toxine inoffensive.

Outre cette neutralisation *in vitro*, Wassermann et Takaki affirmaient que la substance nerveuse peut être vaccinante et curative.

Cette constatation de la neutralisation de la toxine par la matière cérébrale inspira l'idée d'utiliser cette propriété du tissu nerveux dans le traitement du tétanos.

Or, si le fait de la neutralisation *in vitro* de la toxine par l'émulsion de cerveau a été reconnue vraie, il n'en est pas de même de ses propriétés immunisantes et curatives. Il est nécessaire, pour que l'action se produise, qu'il y ait mélange intime et permanent des deux substances. Si, à l'exemple de

Marie, on injecte en même temps l'émulsion et la toxine en deux points différents du corps du même animal, celui-ci prend le tétanos comme un témoin. Ce seul fait détruit scientifiquement l'hypothèse d'une propriété curative quelconque de l'émulsion.

D'autres expériences ont montré que la toxine n'était pas détruite par les éléments nerveux de l'émulsion, mais simplement fixée par eux. En injectant le mélange, on donne aux phagocytes le temps de détruire le poison.

Le petit nombre de malades traité par cette méthode ne nous permet pas encore de la juger ; mais les expériences de laboratoire nous donnent peu d'espoir en ce procédé.

Après cette revue de la richesse de notre arsenal thérapeutique dans le traitement du tétanos, nous pouvons déduire les conclusions suivantes :

10. Le traitement chirurgical du tétanos doit se borner à la désinfection antiseptique de la plaie ;

20. Le sérum antitétanique n'a pas une action curative ;

30. La sérothérapie préventive possède une action certaine. "Attendre l'éclat du tétanos chez un suspect est une faute; agir contre une suspicion de tétanos devient une règle", (Landouzy);

40. Tous les efforts doivent tendre à faire reconnaître aussi vite que possible les blessures tétanigènes ;

50. Le sérum doit être introduit par voie sous-cutanée ; les voies sous-arachnoïdiennes et cérébrales sont à rejeter comme inutiles et dangereuses ;

60. En présence d'un tétanos confirmé, le chloral, l'acide phénique ou le persulfate de soude constituent la thérapeutique la plus efficace et la plus rationnelle que nous possédions.

La jeunesse est l'époque des acquisitions, des incorporations, des assimilations au point de vue physique et moral. Il est essentiel de ne pas sacrifier cette époque bénie par une sorte d'auto-destruction intellectuelle.

Un pays est un corps vivant dont la santé générale dépend de la santé de chacun de ses membres.

TRAITEMENT DE L'ENTERITE MUCO-MEMBRANEUSE CHEZ LA FEMME.

Nous empruntons à la pratique de M. le professeur Germain Sée, le formulaire de cette affection, qui complique la plupart des affections péri-utérines chez la femme :

Trois indications importantes : A. Evacuer l'intestin ; B. calmer la douleur ; C. atténuer les fermentations.

A.—EVACUANTS : 1° *Graines de lin ou de psyllium*. — La malade prendra immédiatement, avant chacun des trois repas, une grande cuillerée de graines de lin épurées et trempées pendant trois à quatre minutes dans un quart de verre d'eau froide. Si la graine de lin est mal acceptée à cause de son volume ou de son goût, on la remplace par la graine de psyllium. Ces substances suffisent, la plupart du temps, pour favoriser les garde-robes sans qu'on soit obligé de recourir à des laxatifs salins, ou à des eaux minérales chlorurées ou sulfatées sodiques ou magnésiennes, qui ont, avec le sulfate de soude, le grand inconvénient d'être suivies — qu'elles soient françaises, allemandes ou hongroises — d'une recrudescence de constipation. On a objecté aux corps inertes le danger de l'obstruction du cæcum ; or, sur des milliers de faits que j'ai observés depuis vingt ans, sur des milliers de malades qui en prennent d'une manière ininterrompue, je ne connais pas un seul cas d'obstruction, qu'on pourrait d'ailleurs éviter facilement avec le moindre laxatif.

2° *Hydrastis canadensis et séné*. — Si l'usage de corps indifférents, comme la graine de lin, n'est pas suffisamment efficace pour tenir la vente libre, je prescris un moyen composé qui a le grand avantage de pouvoir être administré journellement aux divers repas sans entraîner de purgation et sans entraver le malade dans ses occupations ; c'est une combinaison de séné et d'hydrastis canadensis. Pourquoi le séné de préférence à tout autre purgatif ; pourquoi la combinaison avec l'hydrastis canadensis ? Le voici :

Les feuilles de séné, à doses modérées (1 à 2 grammes), déterminent des évacuations gazeuses, et, après cinq ou six heures des selles puriformes sans coliques concomitantes. À la dose de 2 à 4 grammes, elles ont toute leur puissance purgative, sans cependant amener de vraie congestion intestinale. Ce qui est remarquable surtout, c'est que cette purgation ne laisse

pas de constipation ultérieure et qu'elle agit surtout sur le gros intestin.

Les effets thérapeutiques de l'hydrastis reposent surtout sur l'excitation des centres vaso-moteurs, d'où contraction énergique des vaisseaux avec élévation de la tension sanguine. Ces propriétés correctives du relâchement des vaisseaux intestinaux, tel que le produit le séné, m'ont engagé à associer les deux substances. La forme pilulaire m'a paru la plus pratique ; en voici la formule :

Extrait hyalcooolique d'hydrastis canadensis. . . 2 à 5 gram.
Folioses de séné lavées à l'alcool. 6 gram.
pour faire 30 pilules ; une pilule à la fin de chacun des trois repas.

3° *Huile de ricin*.—De temps à autre il est utile de suspendre l'usage de la graine de lin et des pilules d'hydrastis, et de produire une évacuation plus complète, mais passagère. Aucun purgatif salin, aucun drastique ne saurait remplir ce but au si avantageusement, aussi sûrement que l'huile de ricin à la dose de 10 à 25 grammes. En une à trois heures de temps elle produit des évacuations sans douleurs, et sans aucune irritation intestinale, de telle sorte qu'on peut même l'employer dans les états inflammatoires de l'intestin, à plus forte raison dans les irritations muco-membraneuses.

4° *Huiles d'olives à haute dose*.—Depuis que les médecins américains ont introduit en France le traitement des coliques hépatiques par l'huile d'olive à haute dose, j'ai tenté la même application à la curation des entérites muqueuses, et le résultat a été très remarquable, souvent même décisif. — L'huile se prend soit seule, soit avec une tasse de thé aromatisée et sucrée, à la dose de 3 à 4 cuillerées à soupe le 1er jour, le matin à jeun ; le 2e jour, même dose à midi, avant le deuxième repas ; le 3e jour, un verre à ces mêmes heures ; le 4e jour, un verre entier en une fois. Après cela on laisse reposer le malade pendant quatre à cinq jours, et on recommence la même série thérapeutique ; lorsque l'huile n'est pas supportée pendant la première série, il est inutile d'insister ; mais, en général, elle est mieux tolérée qu'on ne pourrait croire et dans ce cas les évacuations stercorales et muqueuses produisent un soulagement inespéré, parfois la guérison pour un temps trop long.

Les grands lavements d'huile proposés par Pleiner paraissent très utiles dans certains cas, mais n'équivalent point à l'huile prise par la bouche.

B. — SÉDATIFS : Calmer les douleurs sans recourir aux narcotiques ni aux atropiques, telle est la deuxième indication. Par les narcotiques comme la morphine, par les atropiques comme la belladone, on provoque la constipation qui va à l'encontre de la première indication et on produit l'anorexie qui contribue singulièrement à la dénutrition. Les narcotiques et les atropiques étant ainsi éliminés, je ne connais que deux médicaments aptes à remplir l'indication dont il s'agit. Ce sont les bromures alcalino-terreux de calcium ou de strontium et le cannabis.

Je dis : les bromures de calcium ou de strontium. Les bromures alcalins de sodium ou de potassium ne doivent pas, en effet, être employés, et cela pour plusieurs raisons. Ils irritent l'estomac, ils affaiblissent son pouvoir digestif, ils diminuent les forces générales. Ces divers inconvénients existent bien peu avec le bromure de strontium, ou mieux encore de calcium qui convient parfaitement à l'estomac. Deux à trois grammes par jour suffisent largement pour calmer la sensibilité de la muqueuse stomacale, à la condition de faire prendre un gramme en solution pendant chacun des trois repas. Voici la formule.

Bromure de calcium (ou de strontium). . .	30 grammes
Eau distillée.	300 —

Une cuillerée à dessert avec 2 fois son volume d'eau après avoir commencé à manger.

L'effet est des plus saisissants et des plus sûrs. A plusieurs reprises j'ai remplacé les bromures alcalino-terreux par le bromure de potassium ou le fameux polybromure (potassium et ammonium) sans obtenir le même résultat favorable — et réciproquement.

Bien que, comme je viens de vous le dire, la débilitation générale soit beaucoup moins marquée avec les bromures alcalino-terreux qu'avec les bromures purement alcalins, elle n'en existe pas moins à un certain degré. C'est pour la supprimer ou la réduire à son strict minimum que je remplace une partie du bromure de calcium par du chlorure de calcium dans les portions suivantes ;

Bromure de calcium.	} à à	50 grammes.
Chlorure de calcium.		—
Eau distillée.		500 —

cannabis indica de la façon suivante :

A défaut des bromures, je prescriis souvent l'extrait gras de

Potion gommense. 120 grammes.

Extrait gras de cannabis indica. 10 centigrammes.

Prendre 3 grandes cuillerées par jour, une avant chaque repas.

Au moment des grandes douleurs, un des meilleurs moyens de soulagement, c'est le menthol :

Menthol. 10 à 15 centigrammes.

Alcool. Q. s. pour dissoudre.

Eau distillée. 180 grammes.

A prendre par cuillerée à bouche.

C.—ATTÉNUER LES FERMENTATIONS : Je ne connais que trois moyens vraiment efficaces, et je les combine habituellement. Le premier est le phosphate de soude que je mets au-dessus de tout autre préparation dite antiputride, ou bien encore de toute substance dite absorbante ; avec 3 à 4 grammes de phosphate de soude par jour, on obtient des effets remarquables, en divisant cette dose en trois paquets qu'on dissout dans une petite quantité d'eau, pour être administrés à la fin des trois repas.

L'acide salicylique à la dose de 20 centigrammes ou le salicylate de soude associé à la dose de 40 centigrammes au phosphate de soude est le meilleur des antiflatulents ; en même temps il calme la sensibilité de la muqueuse. Le biborate de soude ou borax est un complément de premier ordre de ces poudres ; il convient surtout pour faciliter la digestion du lait.

Ici je dois ouvrir une parenthèse pour vous parler des médicaments grands favoris d'une certaine école. Je fais allusion aux antitoxiques, aux antibactériques.

A priori, il semble que rien ne favorise plus le développement de l'auto-intoxication que la maladie intestinale en général, et particulièrement le catarrhe muco-membraneux. Or, les bactéries ne sont pas plus communes dans l'intestin pathologique que dans l'intestin normal, ou plutôt elles sont du même ordre ; le bacillus-coli communis en est le type ; il n'y a donc pas lieu de combattre par des bactéricides des bactéries qui n'existent pas, ou plutôt qui existent à l'état normal.

Cependant le benzonaphtol, associé ou non au salicylate de bismuth, fait rage, et il n'est pas un dyspeptique qui ne consume quelques cachets de benzonaphtol (2 à 4 grammes par jour). Il en est de même des intestinaux ; et chez eux l'effet est déplorable, surtout s'il y a du salicylate de bismuth en compagnie du naphthol ; la constipation en est alors la fâcheuse conséquence et représente une irrésistible aggravation.

Le benzonaphtol, à son tour, est maintenant attaqué vivement ou même entièrement discrédité ; les recherches de Kuhn opposées à celles d'Ewald prouvent la nullité de ce produit considéré résolument comme antiseptique.

Professeur GERMAIN SÉE.

SUR LA PATHOGENIE DE L'ANURIE CALCULEUSE

PAR M. LE DOCTEUR MAGÉ

Je désire rapporter ici l'observation de deux malades, intéressants à plus d'un titre, et, capable peut-être, par les déductions qu'on peut en tirer, d'éclairer la pathogénie de l'anurie calculeuse.

Le premier de ces malades, un homme de 52 ans, sans antécédents héréditaires, très certainement sobre et très actif, avait eu, il y a 4 ans, un accès de colique néphrétique que j'avais pu suivre et qui avait duré onze jours, mais sans présenter de phénomènes particuliers.

Il s'agissait alors du côté gauche et la douleur partant du flanc, s'irradiant à l'aîne et au testicule correspondant, ne laissait aucun doute sur la nature de mal.

Un gros gravier, du reste expulsé et suivi bientôt de plusieurs autres petits, aurait levé les doutes s'il y en avait eu. Malgré le traitement médicamenteux mis en usage et malgré le régime strictement suivi, il y eut de temps à autre quelques petites crises toujours suivies de l'élimination de graviers de diverses grosseurs. Tantôt c'était le rein gauche, tantôt le rein droit qui était atteint, le droit beaucoup moins souvent.

Le 11 novembre dernier, ce patient vint me trouver pour des troubles de l'estomac, des maux de tête assez violents et continuels contre lesquels je conseillais un léger purgatif et chaque matin un verre d'eau de Contrexéville, conjointement avec le régime lacté.

Le 13, crise violente de colique néphrétique pour laquelle je fais une injection de morphine de deux centigrammes.

Le lendemain tout paraissait rentré dans l'ordre et le malade se croyait guéri.

Le 15, n'éprouvant aucune souffrance il voulut sortir et se livrer à ses occupations habituelles, lorsque subitement dans la soirée il fut pris de souffrances intolérables dans le côté droit. Deux heures après le début de cette crise, je fis une injection de trois centigrammes de morphine. Un quart d'heure après toute douleur avait disparu, mais à partir de ce moment il n'y eut plus d'émission d'urine et le lendemain 17, la sonde introduite dans la vessie ne ramenait que quelques gouttes d'un liquide épais et fortement ammoniacal.

Jusqu'au 22, c'est-à-dire pendant cinq jours, il n'y eut pas une goutte d'urine dans la vessie. Le 23 au matin, en ma présence, le malade faisant un effort, rendit environ un plein coquetier d'urine; dans la journée l'urine rendue pouvait être évaluée à 300 gr., et le 24, au matin, je trouvais deux litres d'une urine claire, presque incolore; les jours suivants, l'urine continue à être abondante et l'examen chimique pratiqué à plusieurs reprises ne révèle pas la moindre trace d'albumine.

Pendant les sept jours que dura la crise d'anurie, le rein et l'urètre méticuleusement explorés n'ont présenté ni douleur, ni gonflement; le malade ne semblait au reste nullement incommodé par cet état de choses. Actuellement l'état général est aussi satisfaisant que possible et les urines, à plusieurs reprises examinées n'ont présenté aucunes traces d'albumine.

Notre second malade a succombé aux suites de son anurie. C'était un calculeux de vieille date, fortement éthylique, grand buveur de vin blanc et de bière, employé de bureau, d'une obésité assez prononcée. Depuis plus de dix ans, cet homme, plusieurs fois par an, présentait quelques petites crises de colique néphrétique et éliminait tous les jours quelques petits graviers.

Plusieurs fois j'avais été obligé de lui faire des injections de morphine pour calmer ses douleurs et c'était à peine s'il cessait de travailler pour cela.

Subitement, le 9 décembre dernier, il fut pris de coliques violentes du côté droit. Une injection de trois centigrammes de morphine mit fin à la crise, mais le malade se sentit mal

à l'aise, étourdi; il y eut même un peu de délire que je mis sur le compte de l'éthylisme.

Ce délire léger persista pendant trois jours. Le 12, une nouvelle crise néphrétique se fit sentir et deux injections de trois centigrammes de morphine furent nécessaires pour la calmer. A partir de la seconde, faite le 13 au matin, il y eut anurie complète, et aussitôt commencèrent à se manifester des troubles cérébraux, plus intenses, des vomissements, une insomnie que rien ne put vaincre, puis de la dyspnée, du myosis, tous phénomènes d'urémie; le 25, la température descendit au-dessous de 36 et le soir le malade succombait, sans avoir émis d'urine depuis le 13, c'est-à-dire pendant 12 jours, malgré tous les traitements mis en œuvre pendant cette longue période.

Dans ce cas, comme dans le premier, le rein soigneusement examiné et l'uretère intentionnellement exploré, aussi bien à droite qu'à gauche n'ont jamais présenté ni sensibilité, ni gonflement.

Ces deux malades présentent un grand intérêt au point de vue pratique. Tous deux ont été pris d'anurie à la suite d'une injection de morphine, tous les deux ont présenté les mêmes phénomènes locaux, le premier a guéri sans doute parce qu'il ne présentait de tare d'aucune sorte et le second a succombé probablement parce que c'était un éthylique avéré; enfin, tous les deux étaient de vieux calculeux, dont les deux reins avaient été atteints à tour de rôle sans avoir jamais donné d'urine albumineuse.

Quelle aurait donc été dans ces deux cas, la cause de l'anurie? Y aurait-il eu arrêt de la sécrétion urinaire ou arrêt de l'excrétion urétérale?

Il n'y avait certainement pas chez nos malades d'anomalie du rein puisque, à tour de rôle, le côté droit avait été pris ainsi que le côté gauche.

Les deux reins fonctionnaient bien avant la crise, puisqu'à aucun moment il n'y avait eu d'albumine dans les urines.

Y aurait-il eu engagement simultané d'un gravier à droite et d'un gravier à gauche dans l'uretère? L'hypothèse paraît peu vraisemblable et du reste la douleur n'existait que d'un côté.

Il semblerait que, dans les deux cas, l'injection de morphine ait été la cause déterminante de l'anurie par action réflexe.

Cette dernière hypothèse, sans satisfaire complètement l'esprit, semblerait plus acceptable et cadrerait du reste avec les résultats des expériences d'Hermann, qui démontrent nettement que l'occlusion brusque d'un uretère par un calcul, détermine la suppression rapide de la sécrétion urinaire dans le rein correspondant sans donner lieu à de l'hydronéphrose et, par reflexe inhibitoire, la suppression de la sécrétion dans l'autre rein.

Il est, d'autre part, difficile d'admettre un reflexe dont l'influence se ferait sentir pendant 12 jours dans un cas et 7 dans l'autre. Mais ce que l'on peut facilement admettre, c'est que tout d'abord la sécrétion urinaire soit suspendue par le reflexe, aussi bien dans un rein que dans l'autre et que ce reflexe cessant, la sécrétion continue à être suspendue par suite de l'engorgement de tubuli par les déchets épithéliaux. Si ces débris épithéliaux peuvent être chassés à temps, le malade guérira ; s'ils sont en trop grande abondance et obstruent complètement les tubuli, le malade succombera à l'urémie.

Cette explication pathogénique est pour moi une hypothèse que je n'ai pu vérifier puisque l'autopsie de mon malade n'a pas été faite, mais dans le cas où on l'accepterait d'une façon générale, le traitement chirurgical de l'anurie deviendrait absolument illusoire, et c'est la déduction pratique que je voulais tirer de ces deux faits.

TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE CHRONIQUE PAR L'HISTOGENOL (Etude clinique)

PAR M. LE DOCTEUR COLOMBET

(a) L'histogénol est une préparation d'aspect blanchâtre qui renferme comme principes actifs par cuillerée à soupe : 2 cent. 1/2 de méthyl-arsinate disodique et 10 centigrammes d'acide nucléinique extrait de la laitance de hareng. L'auteur rapporte avec beaucoup de soin les observations de 33 malades bacillaires traités par l'histogénol à la dose quotidienne de deux cuillerées à soupe par jour, une cuillerée une heure avant chaque repas.

(b) De ces 33 sujets, 5 étaient atteints de tuberculose au premier degré, 15 avaient des lésions au deuxième degré, 10 portaient des cavernes, 3 étaient des bacillaires douteux, l'examen bactériologique ayant été plusieurs fois négatif.

Le résultat global a été le suivant: l'amélioration a été très sensible chez 20 sujets (ceux qui étaient bacillaires au premier ou au deuxième degré); dans les autres cas, chez les cavitaires, l'amélioration a été médiocre ou nulle, deux sont morts.

L'amélioration quand elle s'est produite a été marquée: par le retour de l'appétit (au bout de huit à dix jours en moyenne), la disparition des sueurs, la diminution de la toux, la diminution de l'expectoration dans laquelle les bacilles ont disparu dans quelques cas, l'abaissement de la température revenant à la normale au bout d'un temps variable, l'augmentation au poids parfois considérable, (elle a atteint 7 kil. 500 en 67 jours dans une des observations), l'élévation du rapport azoturique.

(c) Il est digne de remarque que ces résultats ont été obtenus sans que les malades fussent soumis à un régime spécial, sans suralimentation systématique en tout cas, les malades se contentant de la nourriture dite du quatrième degré.

Enfin un certain nombre d'améliorations ayant été obtenues chez des malades soumis antérieurement, sans succès, au repos, à l'alimentation régulière et parfois à la médiation cacodylique, ces améliorations doivent donc bien être portées à l'actif de l'histogénol et non à la simple cure de repos et d'amélioration si efficace à elle seule en bien des cas.

(d) La médication a été bien supportée dans la grande majorité des cas; toutefois elle a parfois provoqué de la diarrhée et des hémoptysies. A notre avis, l'apparition de ces accidents commande la suppression de la médication.

Quoi qu'il en soit, les résultats précédents sont incontestablement encourageants.

TABES DORSAL ET AORTITE

PAR M. LE DOCTEUR ARULLANI

L'auteur a récemment observé deux tabétiques affectés d'aortite. Chez le premier il s'agissait d'aortite aiguë, à évolution rapide et avec fièvre élevée; à l'autopsie on constata des plaques gélatineuses et des végétations faisant saillie dans la lumière des vaisseaux. Dans le deuxième cas il existait une forme chronique d'aortite, manifestation de l'athérome; il y eut des poussées subaiguës suivies de retour à un état de santé assez satisfaisant.

Ces deux sujets n'étaient pas syphilitiques; mais le premier, buveur, chiqueur, membre d'une famille où le suicide était fréquent, avait été fortement éprouvé par une variole grave et prolongée. Le second avait eu également, mais plus récemment, la variole; il avait aussi subi des refroidissements. On trouve donc dans leurs antécédents des raisons suffisantes pour légitimer l'apparition de la maladie aortique, dans l'un comme dans l'autre cas.

Mais la chose intéressante c'est que ces deux malades étaient tabétiques: l'un préataxique, l'autre au commencement de la période ataxique. Alors, comme ils n'étaient pas syphilitiques, c'est que le tabes avait d'autres causes, notamment la variole qui fut vraisemblablement aussi le moment étiologique à influence prépondérante pour le développement de l'aortite.

Ce n'est pas d'ailleurs un fait exceptionnel que cette coexistence du tabes avec une lésion de l'aorte, et depuis longtemps les auteurs ont signalé que, s'il apparaît chez les tabétiques un vice cardiaque, c'est presque toujours d'insuffisance aortique qu'il s'agit. Et, chez les deux malades, il y avait aussi une insuffisance aortique fonctionnelle dépendant de la dilatation de l'artère par l'aortite.

De plus, étudiant l'état anatomique de l'arbre artériel des tabétiques, M. Arullani a pu se convaincre de la fréquence de ses altérations chez les tabétiques. Au point de vue clinique, sur 68 cas, il a trouvé 40 fois des signes d'aortite à tous les degrés, dont 11 avec insuffisance aortique et 2 avec anévrisme de l'aorte. 77 pour 100 de ces tabétiques avaient certainement eu la syphilis.

En somme, dans le tabes, l'aortite est très fréquente; cette aortite explique pourquoi, s'il apparaît chez un tabétique une lésion du cœur, c'est une insuffisance aortique. L'insuffisance est presque toujours relative et liée à l'augmentation du calibre du vaisseau; elle peut passer inaperçue, le souffle diastolique n'étant souvent appréciable qu'après un effort du sujet. L'aortite donne aussi la raison d'être de l'anévrisme de l'aorte qui s'observe aussi quelquefois chez les tabétiques.

Il faut donc admettre, entre le tabes et la lésion de l'aorte (aortite, insuffisance, anévrisme), un rapport entendu dans ce sens que la même intoxication qui produit une maladie produit aussi l'autre. Et comme la syphilis est la cause fréquente

du tabes, c'est aussi une cause de l'aortite. On en peut dire autant de l'alcoolisme, de la malaria, du saturnisme; d'après les deux premières observations, il convient d'ajouter la variole aux toxi-infectieux attaquant le système des grosses artères et de l'aorte.

En terminant, M. Arullani rappelle que récemment quelques observateurs (Joffroy, Frenkel) ont observé des cas d'anévrisme de l'aorte avec inégalité pupillaire et signe d'Argyll. M. Babinski ayant constaté chez ces sujets l'absence des réflexes, a voulu établir l'existence d'un syndrome à part avec ces trois termes: ectasie aortique, rigidité de la pupille à la lumière, perte des réflexes. Il donne aux troubles de la pupille une origine centrale et ne les explique pas par la compression ou l'excitation du sympathique. M. Vaquez en a publié trois cas: dans les deux premiers, les réflexes étaient abolis; dans le troisième le syndrome de Babinski était réduit aux troubles de la pupille et à la lésion aortique. Les cas de MM. Vaquez et Babinski confirment la fréquence de l'aortite dans les cas de tabes, même tout à fait au début. Mais M. Arullani dit ne pas comprendre pourquoi l'on veut faire un syndrome à part du tabes avec lésions de l'aorte.

LA SUGGESTION HYPNOTIQUE DANS L'ALLAITEMENT

PAR M. LE DOCTEUR W. HASSENSTEIN.

Une jeune fille de la campagne, âgée de 25 ans, forte et bien faite, entre à mon service comme nourrice.

Jusqu'à ce jour, cette jeune fille avait nourri avec succès son enfant, âgé de trois mois, et je comptais, non sans raison, faire une bonne acquisition en l'acceptant pour mon nouveau-né. Au commencement, je n'ai rien remarqué d'anormal. La nourrice donnait un lait abondant et de bonne qualité. Mais à partir du 3e jour de son entrée, le petit devint agité, la nourrice se voyait dans la nécessité de le mettre au sein très fréquemment, afin de le calmer.

En même temps la quantité de lait, qui avait été si abondante, commençait à diminuer.

Finalement, la nourrice est arrivée à ne plus pouvoir nourrir qu'une ou deux fois, pendant la nuit et le matin. Je me trouvais dans l'impossibilité de me procurer une autre nour-

rice. Je pouvais d'autant moins me décider à la congédier, qu'en dehors de la triste situation où l'aurait mise la perte de la place, elle paraissait avoir un réel attachement pour mon enfant. Néanmoins, cette décision m'a paru inévitable, car quelques jours plus tard, le lait fut complètement tari.

La nourrice, elle-même, demanda son congé dans l'espoir de retrouver le lait en donnant le sein à son enfant.

Or, presque en même temps, j'obtenais des merveilleux résultats, en traitant par la suggestion un cas d'asthme qui, durant des années, n'avait cédé à aucun traitement médical et faisait le désespoir du malade. Comme, d'autre part, la jeune femme assistait en témoin curieux à nos séances d'hypnotisme, il me vint soudain à l'esprit d'essayer la suggestion hypnotique sur la nourrice.

La jeune femme l'accepta avec joie et reconnaissance, se mit dans le fauteuil avec confiance, ne demandant pas mieux que de guérir au plus tôt. Elle ne tarda pas, en effet, à être plongée dans l'état de somnambulisme. Je lui ai suggéré alors d'avoir de la confiance en l'efficacité du traitement, d'avoir de l'attachement et de l'amour pour mon enfant.

En ce qui concernait son propre enfant, je l'ai tranquilisée avec beaucoup de conviction en lui assurant qu'il était bien gardé chez sa grand-mère, où elle l'avait laissé avant de venir chez moi. Je finis la suggestion en lui recommandant d'être courageuse et de bonne humeur et d'avoir le désir ardent de retrouver son lait tari.

Le résultat a dépassé toutes mes prévisions et a été vraiment stupéfiant.

Une heure à peine après la séance terminée, le lait coula abondamment. Mieux que cela, la jeune femme a pu nourrir mon enfant avec succès pendant toute l'année. Une chose bien à remarquer fut la touchante sollicitude et l'amour sans bornes, dont la jeune femme entourait mon enfant tout de suite après la séance. Elle courut vers le berceau du petit, le caressa, lui prodigua toute sorte de tendresses. Elle eut peine à attendre que l'enfant se réveillât pour lui donner le sein. Et, avant même que le petit être eût ouvert les yeux, le lait jaillit de son sein.

Je tiens à remarquer que le traitement n'a en rien influé ni sur la santé de la nourrice, ni sur celle du nourrisson.

J'ai le vif regret de n'avoir pas eu jusqu'aujourd'hui l'occa-

sion de répéter cette expérience. Je n'en suis pas moins persuadé que ceux de mes collègues qui rencontreront un cas semblable verront ce traitement couronné d'un plein succès.

L'influence de la dépression psychique sur les nerfs vaso-moteurs et trophiques a été mise en lumière dans cette expérience d'une façon si évidente, que je suis enclin à la considérer comme étant le point de départ des états semblables à celui que je viens de décrire.

Et, de fait, comment expliquerions-nous ceci, que la nourriture, dont le lait commence à tarir, retrouve encore la capacité des premiers jours pendant la nuit et le matin à son réveil ?

. Il faut comprendre la chose de la façon suivante :

Pendant qu'au début, le calme du sommeil a encore permis de supprimer l'influence fâcheuse de certaines auto-suggestions pénibles et tristes, cet accablement moral donnerait son libre cours à l'état de veille et en impressionnant d'une façon déprimante la moelle épinière, amènerait un état physiologique préjudiciable à l'activité glandulaire. Aussi bien que le trouble fonctionnel primitif donnerait lieu bientôt à une véritable atrophie de l'activité, si je peux m'exprimer de la sorte.

LES URINES DES CANCEREUX

PAR M. LE DOCTEUR SABRAZÈS

On conçoit *a priori* que les modifications des humeurs de l'organisme, au cas de cancer, doivent varier avec la nature du néoplasme et avec son siège dans tel ou tel organe. L'examen du sang et des urines, à ce point de vue justifie cette opinion.

Blumenthal fait remarquer en effet que l'indicaturie d'un très haut degré milite en faveur du carcinome de l'estomac et d'un cancer ulcéré quand il existe de l'albuminurie et une diazo-réaction positive.

L'apparition d'une glycosurie intense, pendant l'évolution d'un néoplasme, indique une localisation pancréatique (ainsi que récemment le fait s'est présenté à nous, au cours d'un néoplasme gastrique généralisé aux autres viscères abdominaux), ou peut marquer le développement d'une tumeur de la région bulbo-protubérantielle.

L'excrétion urinaire d'acide lactique plaide en faveur du

cancer du foie; l'exagération du taux de l'acide urique, en faveur d'une tumeur d'un organe riche en nucléine — foie, pancréas, corps thyroïde, ganglions — et en faveur d'une de ces affections si voisines, à notre avis, des néoplasmes, la myéloleucoeythémie et la lymphocythémie.

TRAITEMENT DE L'HYDROCELE PAR LE PROCÉDE DE DOYEN MODIFIÉ

La méthode sanglante est incontestablement, depuis l'antisepsie, la meilleure méthode de traitement de l'hydrocèle vaginale. Les ponctions, suivies d'injections iodées ou autres, ont des inconvénients multiples tels que ; lenteur de la guérison, fréquence des récidives, douleurs, dangers d'hématocèle, de phlegmon, etc., etc.

Parmi les divers procédés employés: procédé de Volkmann (incision simple), procédé de Julliard (incision avec résection partielle de la vaginale), procédé de Bergmann (incision avec excision totale de la vaginale), procédé de Doyen (inversion de la tunique vaginale), ce dernier est le plus élégant, le plus rapide, le plus efficace, surtout si l'on prend soin d'y apporter la petite modification que nous avons imaginée et que nous allons décrire.

Voici comment s'applique notre procédé :

Le malade, purgé la veille, est conduit sur la table d'opération où l'on pratique l'anesthésie locale: la cocaïne en injections sous-cutanées suffit parfaitement. Le scrotum est rasé et soigneusement antiseptisé par un brossage au savon, suivi d'une friction au sublimé à 1 pour 1000 et à l'alcool ou à l'éther à 99°. Après ces précautions préliminaires, la partie antérieure des bourses est incisée sur une longueur de deux centimètres et demi et divisée jusqu'à la vaginale. Celle-ci, que l'on reconnaît à sa coloration bleuâtre, est séparée des tuniques fibreuse, musculaire et cellulaire qui la recouvrent, par un décollement avec le doigt ou le stylet. Ensuite on la fend, et pendant que le liquide s'écoule, on pince chaque lèvres avec une pince à forcipressure, on hernie la séreuse à travers l'ouverture scrotale en entraînant le testicule, puis on l'énuclée de son enveloppe conjonctive.

Arrivé à ce moment de l'opération, pour prévenir toute récidive par déroulement de l'inversion (Legueu en a vu quelques cas), nous fixons la vaginale retournée par un "capitonage" pratiqué au voisinage de l'épididyme. Ce procédé me paraît préférable à celui que Legueu préconise, à savoir : la fixation simple de la vaginale retournée; il a pour double effet d'empêcher le déroulement possible de l'inversion et la formation d'un espace mort et, par suite, de prévenir toutes les conséquences fâcheuses que celle-ci pourrait entraîner.

Cette précaution importante prise, on remet le tout en place et on réunit par trois crins de Florence la petite incision cutanée.

La plaie est simplement recouverte de gaze iodoformée, et les bourses entourées d'ouate hydrophile. On assure la compression par un spica double à la tarlatane; on isole le pansement et on le protège de toute souillure par l'urine à l'aide d'une lame de gutta-percha.

Les suites opératoires sont très simples. Le pansement est enlevé, ainsi que les crins, au sixième ou septième jour, époque à laquelle la réunion est complète.

Docteur G. FAUGÈRE.

DIMINUTION DU TAUX DES LECITHINES DANS LES LAITS CHAUFFES.

PAR MM. BORDAS ET SIG. DE RACZKOWSKI.

Poursuivant leurs recherches sur l'acide phosphorique combiné à la matière grasse du lait, les auteurs ont été tout naturellement conduits à étudier l'influence qu'exerçait la chaleur sur les lécithines qu'il contient.

Il semble généralement admis qu'il n'y a pas de différences bien appréciables entre la digestibilité d'un lait cru et celle d'un lait bouilli; certains auteurs prétendent même qu'il n'y a rien de changé dans la composition chimique d'un liquide organique comme le lait, lorsqu'il se trouve porté à l'ébullition.

De ces expériences résulte cependant en ce qui concerne les lécithines, tout au moins, ces conclusions ne semblent pas justifiées. C'est ainsi que les dosages de lécithine effectués

sur un lait chauffé à feu nu pendant trente minutes ont donné les résultats suivants :

	Lécithine	
	En grammes par litre.	Diminution.
Lait non chauffé.....	0.252	"
Lait chauffé pendant 30 minutes à 60°.....	0.216	14 %
" " " 80°.....	0.180	28 %
" " " 95°.....	0.180	28 %

Comme on le constate par la lecture du tableau précédent, le chauffage du lait pendant trente minutes à 95° à feu nu produit une diminution de 28 pour 100 de la lécithine.

Si, au lieu de chauffer à feu nu, on élève la température au moyen d'un bain-marie, la perte observée est moins élevée.

	Lécithine.	
	En grammes par litre	Diminution.
Lait non chauffé.....	0.365	"
Lait chauffé pendant 30 minutes à 95° au bain-marie	0.310	12 %

Enfin, si l'on chauffe le lait à 105°-110° dans un autoclave, pour le stériliser, on obtient une diminution sensiblement plus élevée que par le chauffage à 95° à feu nu, perte notable puisqu'elle atteint 30 pour 100 de la totalité de la lécithine.

	Lécithine.			
	En grammes par litre		Diminution	
	I	II	I	II.
Lait non chauffé	0.252	0.365	"	"
Lait stérilisé par chauffage pendant 30 minutes à 105°-110 dans un autoclave	0.160	0.255	30%	30 %

On voit donc qu'il sera toujours préférable, lorsqu'il s'agira de pasteuriser du lait, de faire cette opération en chauffant le lait au bain-marie, mais que néanmoins le lait ainsi chauffé perdra environ 12 pour 100 de sa lécithine.

La décomposition d'une partie de la lécithine dans les laits stérilisés à 105°-110° permet de comprendre, dans une certaine mesure, le mécanisme des troubles digestifs qui ont été signalés chez certains nouveau-nés soumis au régime exclusif d'un aliment ainsi appauvri.

Les guerres déterminent un abaissement dans la taille moyenne des générations parce qu'elles écrément la population virile et enlèvent à la procréation régulière de l'espèce les individus de haute stature.

DE L'EXERCICE MUSCULAIRE EN HYGIÈNE

PAR M. LE DOCTEUR J.-F. WIDMANN

L'exercice produit :

1o Une augmentation de volume et d'énergie des muscles entrant directement en contraction ;

2o Un fonctionnement plus ample et plus rapide du poumon, pouvant augmenter d'une manière très sensible la quantité d'oxygène arrivant, dans un temps donné, à nos divers tissus.

De tels résultats pouvant être obtenus par l'exercice, on conçoit aisément la faveur méritée dont il a toujours joui en hygiène.

Les principaux exercices pratiqués sont: la lutte, le saut, la course, la danse, la natation, l'équitation, la marche à pied ou à bicyclette, le canotage, la boxe, l'escrime, la gymnastique instrumentale.

On les a groupés en exercices de force, de vitesse, de fond, et d'habileté.

Exercices de force.—Ces exercices, dont le type est la lutte ou le soulèvement des fardeaux, nécessitent l'action simultanée d'un grand nombre de muscles, et l'intervention fréquente de l'effort

Les contractions à produire sont généralement lentes et soutenues: un homme qui lutte a ses fibres tendues, quelquefois pendant une minute entière, dans la même direction. De telles conditions sont avantageuses pour la nutrition du muscle, et son augmentation de volume, car il y a ainsi contact prolongé entre la fibre musculaire et le sang qui y est appelé.

La grande force musculaire dépensée rend nécessaires, dès que l'effort a cessé, des mouvements respiratoires nombreux et profonds, qui enrichissent le sang d'une grande quantité d'oxygène. Elle a aussi pour conséquence la disparition rapide des tissus de réserve, et le développement d'un grand appétit. Enfin, il se produit sur les muscles abdominaux des contractions répétées, d'où résulte une sorte de massage, très utile au périlisme digestif.

Il y a peu d'ébranlement nerveux, et le cerveau ne prend pas une grande part à l'exercice.

A ces divers titres, l'exercice de force est à recommander

en hygiène. Mais il importe d'ajouter qu'il présente de sérieux dangers: il peut se produire, notamment, des déchirures de muscles, tendons, aponévroses; des luxations; dans des efforts très violents on a observé des hernies de toute nature, et même des ruptures du cœur. Les accidents de ce genre sont surtout à redouter lorsqu'il y a des dégénérescences d'organes.

Exercices de vitesse.—Ce sont ceux dans lesquels un même mouvement musculaire est reproduit un nombre considérable de fois dans un temps relativement court. De ce nombre sont les courses de tous genres, et le saut à la corde des petites filles.

On peut arriver, en répétant un nombre de fois suffisant un même mouvement, peu fatigant en lui-même, à développer, dans un temps déterminé, une somme de travail aussi considérable qu'en se livrant à un exercice de force: on produit, par exemple, en une minute, un même travail dans un mouvement représenté par 100 kilogrammètres, ou dans dix mouvements, chacun de 10 kilogrammètres. C'est ce qu'on a exprimé en disant que l'homme qui court prend, aussi bien que l'homme qui lutte, de l'exercice à haute dose.

Les exercices de vitesse ont un autre point commun avec ceux de force, c'est la "soif d'air" qui est à la respiration ce que l'appétit est à la digestion. Cette soif d'air a pour conséquence immédiate d'augmenter les mouvements respiratoires du poulmon, et de déterminer une respiration supplémentaire de cet organe, en faisant entrer en jeu des alvéoles généralement inactifs; d'où, appel dans le sang d'une quantité considérable d'air. Il résulte, en effet, d'expériences publiées par le physiologiste anglais Ed. Smith, que si, dans l'unité de temps, la quantité d'air respirée est de 1,18 pour un homme assis, elle est de 2,76 pour celui qui marche à raison de 4 kilomètres à l'heure, et de 7,05 pour celui qui court à raison de 12 kilomètres à l'heure.

Il est aussi à remarquer que, si l'exercice de force exige d'ordinaire une grande énergie musculaire, déployée par un nombre considérable de muscles, celui de vitesse fait agir généralement peu de muscles, les fatigue presque toujours davantage. C'est ainsi qu'en soulevant un fardeau pour le placer, du sol sur sa tête, on met en jeu presque tous les mus-

cles du corps, depuis la nuque jusqu'aux pieds, y compris ceux des membres supérieurs, sans qu'il en résulte une fatigue considérable. Au contraire, dans une course à pied, il n'y a guère comme muscles striés, que ceux des membres inférieurs qui travaillent réellement, et la fatigue est souvent très grande, tant pour le poumon que pour les muscles des petites articulations mises en jeu. La dépression du poumon ne résulte pas seulement de l'accélération des mouvements respiratoires, portés quelquefois de 16 à 30 à partir d'un certain moment, mais aussi de la distension considérable pouvant se produire à la suite d'efforts inspiratoires ou expiratoires, faits pour lutter contre l'envahissement de l'organisme par l'acide carbonique, distension qui, à la longue, aboutit à l'emphysème pulmonaire par perte de l'élasticité du parenchyme pulmonaire, et sa dilatation définitive.

Enfin, il arrive que l'exercice de vitesse retentit tout particulièrement sur le cœur, et produit, au plus haut point, les phénomènes décrits au chapitre précédent, sous le titre "action sur le cœur", en aboutissant à une fatigue extrême de ce muscle, à son intoxication par excès d'acide carbonique dans le sang qui le baigne et, finalement, à son arrêt définitif.

Exercices de fond.—On peut les définir des exercices modérés, par l'effort musculaire et la vitesse des mouvements qu'ils comportent.

De tels exercices n'entraînent en général que peu de fatigue pour les muscles, surtout à cause du temps, relativement long, qui sépare deux mouvements consécutifs du même organe; ils ne deviennent violents que s'ils sont prolongés outre mesure.

Le type de ces exercices est la marche ordinaire, sur terrain peu accidenté; et le muscle qui exécute le travail de fond le plus intéressant est, sans contredit, le cœur qui se contracte généralement, sans défaillance, de la naissance de l'individu jusqu'à sa mort.

Un des caractères essentiels de ces exercices est qu'ils n'amènent jamais l'essouffement ni le surmenage du cœur. Tout l'acide carbonique développé par les contractions musculaires est, en effet, éliminé au fur et à mesure de sa production, grâce à une augmentation insignifiante dans la vitesse et dans l'amplitude des mouvements respiratoires du sujet.

Ces exercices mettent de même à l'abri des accidents qu'oc-

occasionnent quelquefois les exercices de force, tels que hernies, ruptures musculaires, et ils ne produisent, en général, ni rapide élévation de température, ni tendance à la transpiration.

Malgré leur modération, ils donnent d'excellents effets en hygiène. Pour s'en rendre compte, il suffit de se rappeler l'expérience de Chauveau, citée plus haut, établissant l'accélération du sang produite chez le cheval par les seules contractions de son masséter. Il faut y joindre les résultats publiés par le physiologiste anglais Smith, déjà indiqués, d'après lesquels, si pour le sujet assis la quantité d'air respirée est, dans l'unité de temps, 1,18, elle devient 2,76 chez le même sujet faisant 4 kilomètres à l'heure.

Les résultats généraux obtenus par les exercices de fond sont donc :

- 1o Accélération du cours du sang;
- 2o Augmentation dans la quantité d'oxygène reçue par les tissus;
- 3o Absence de tout accident fâcheux: essoufflement, fatigue du cœur...

On a toutefois constaté que les "jeunes sujets supportent mieux les exercices de vitesse que ceux de fond". Nous faisons cet emprunt à la physiologie du docteur Lagrange; mais nous nous demandons si cette assertion résulte d'observations bien authentiques, et s'il ne s'agirait pas de jeunes sujets qu'on avait soumis au même travail que des hommes faits, au lieu de ne leur demander que des exercices proportionnés à leur âge moins avancé.

Exercices difficiles.—On a rangé sous ce titre tous les exercices d'adresse exigeant surtout un travail de coordination. Tels sont la plupart des mouvements de la gymnastique avec engins (trapèze, anneaux, barres fixes), l'équitation, l'escrime, la boxe. Ces exercices exigent, pour un débutant, certaines facultés intellectuelles s'associant au travail des muscles, notamment du jugement, de la mémoire, de la comparaison, de la volonté, c'est-à-dire l'intervention du cerveau, du cervelet, des nerfs sensitifs.

Mais s'ils nécessitent un petit travail intellectuel lorsqu'on les aborde pour la première fois et s'ils donnent lieu, au début, à un travail musculaire assez fatigant, surtout parce qu'on fait généralement des efforts inutiles, qu'on apporte une

raideur gênante, qu'on met en jeu des muscles qui doivent au contraire rester inactifs, souvent pendant toute la durée du travail, il convient d'ajouter, d'autre part, qu'on arrive d'ordinaire, après un certain temps d'étude, à exécuter ces exercices avec la plus grande facilité; sans que l'intelligence soit obligée d'intervenir sérieusement, quelquefois même avec un véritable automatisme.

Nous terminons en nous demandant quels exercices sont à recommander le plus en hygiène.

Il faut tout d'abord, à notre avis, choisir l'exercice qui intéresse le plus le sujet auquel on le conseille, car il s'y livrera plus volontiers, l'exécutera mieux qu'un autre pour lequel il aura moins de dispositions, et en retirera plus vite tous les effets utiles qu'il comporte. Mais il importe de mettre le sujet en garde contre ses propres entraînements, et de lui fixer des limites précises qu'il ne devra pas dépasser (durée, vitesse...).

D'une manière générale, suivant nous, c'est aux exercices de fond et à ceux d'adresse qu'il vaut le mieux recourir. Les exercices de fond nous paraissent convenir sans restriction à tous les sujets, si on en use avec modération. En effet, ainsi que nous venons de l'énoncer, ils accélèrent la circulation du sang et en activent l'oxygénation, sans exposer à aucun danger sérieux, ni du côté du poumon, ni du côté du cœur ou d'un muscle quelconque.

Le docteur Lagrange, dans sa physiologie, fait, il est vrai, remarquer qu'ils sont mal supportés par les enfants, auxquels conviendraient mieux, suivant lui, les exercices de vitesse. Mais comme il n'appuie pas son avis d'observations catégoriques, nous ne nous croyons pas tenu de partager sa manière de voir à ce sujet, persuadé que nous sommes, d'autre part, par l'expérience de ce qui se passe chaque jour devant nous, que les enfants retirent l'effet le plus utile de la marche, lorsque celle-ci est maintenue dans des conditions raisonnées de durée et de vitesse.

Nous nous demandons même si ce n'est pas aux exercices de vitesse auxquels se livrent quelquefois les enfants, sans mesure, qu'il faut attribuer une partie, au moins, des nombreux cas d'appendicite signalés à notre époque, plus particulièrement chez les petites filles, lesquelles ont, assez généralement, beaucoup de dispositions pour le saut à la corde, exer-

cice que le docteur Lagrange recommande chaudement: à notre avis, de tels exercices peuvent parfaitement amener, s'ils sont poussés à l'excès, une dessiccation extrême de la muqueuse intestinale, et conduire ainsi facilement aux phénomènes d'obstruction, d'inflammation et d'intoxication qui caractérisent les lésions de la région cœcale.

Les exercices d'habileté nous paraissent aussi devoir être vivement conseillés, pour plusieurs raisons:

1o Ils intéressent en général beaucoup les sujets, et ont une très heureuse influence sur leur caractère;

2o Ils permettent de développer à volonté tel ou tel muscle atrophié ou anémié, si on les choisit judicieusement (armes, haltères, trapèze, boxe, barres parallèles), et peuvent, en général, se prendre facilement à proximité des habitations, sans qu'il soit nécessaire d'y consacrer beaucoup de temps.

Il est vrai, comme le fait remarquer le docteur Lagrange, qu'ils nécessitent l'intervention des facultés cérébrales, et ne constituent pas un repos pour des sujets surmenés intellectuellement, comme le sont quelquefois nos collégiens: c'est bien aussi notre avis, surtout si on débute dans ces exercices à quinze ou seize ans seulement. Mais nous croyons qu'il en est tout autrement des sujets plus jeunes, chez lesquels il n'existe encore aucune trace de surmenage: ils s'y adonnent, en général, avec d'autant plus de plaisir qu'ils sont moins avancés en âge, et nous en voyons, chaque jour, qui ont obtenu très vite d'excellents résultats en gymnastique, sans fatigue appréciable, ni physique, ni surtout intellectuelle.

A notre avis, l'enfant d'un sexe quelconque qui aura fait du trapèze à sept ans avec succès, en fera sans fatigue toute sa vie, et aura ainsi à sa disposition un moyen des plus simples pour assurer la souplesse d'un grand nombre de ses articulations, l'énergie des muscles de ses membres supérieurs, l'oxygénation de son sang, le bon fonctionnement de ses organes digestifs... En outre, pour lui, la gymnastique instrumentale sera un réel repos de ses autres occupations, quelles qu'elles soient.

Nous avons un parti pris nettement accusé contre les exercices de force et contre ceux de vitesse, en raison des conséquences désastreuses auxquelles ils peuvent aboutir chez des sujets qui ne sont pas constitués d'une façon absolument nor-

male, ou dont les organes présentent momentanément une certaine faiblesse sous l'influence de causes déprimantes, physiques ou morales.

Nous constatons, d'autre part, qu'il est très difficile d'assigner à l'exercice de force ou à celui de vitesse des limites nettement définies, en deçà desquelles il convient de se tenir pour ne pas s'exposer aux dangers signalés plus haut: hernies, ruptures organiques, arrêt de la respiration, dilatation du cœur, emphysème pulmonaire...

Le docteur Lagrange reproche aux exercices de force de ne pas exciter "assez violemment les mouvements respiratoires pour modifier la conformation de la poitrine."

Il nous semble que la violence dans l'exercice peut être profitable à un moment donné, et que, d'une manière générale, il est quelquefois utile de donner un certain coup de fouet à tel ou tel organe dont le fonctionnement laisse un peu à désirer: c'est par application de ce principe qu'on a recommandé de sortir de temps à autre de l'observation d'un régime de sobriété en faisant un léger excès de table!

Mais le poumon, et le cœur surtout, nous paraissent des organes à la fois trop essentiels et trop fragiles pour qu'il y ait lieu, sans raison exceptionnelle, de les violenter, même très momentanément, surtout s'il est possible d'améliorer leur fonctionnement par des moyens d'un autre genre.

S'il paraît bien nécessaire de "modifier la conformation de la poitrine", il nous semble infiniment préférable de recourir à un autre procédé que signale également le docteur Lagrange: nous faisons allusion à ses "inspirations forcées", moyen rentrant, selon sa propre expression, "dans le domaine de la gymnastique de chambre".

L'augmentation de tous les diamètres de la poitrine ne nous paraît, d'ailleurs, pas être absolument nécessaire dans le cas actuel: ce n'est pas le volume d'un poumon qui en fait l'excellence, c'est bien plutôt la manière dont l'air en est renouvelé à chaque instant. Si l'air est stagnant dans un poumon, fût-il énorme, il n'assure en rien l'oxygénation de nos tissus; un poumon d'emphysémateux n'est pas non plus d'une grande utilité à son porteur, et il ne faut pas perdre de vue que les exercices de vitesse aboutissent trop souvent à l'emphysème pulmonaire.

Dans son engouement pour les exercices de vitesse, le docteur Lagrange nous apprend aussi qu'ils "s'adaptent bien aux jeunes sujets, qui éliminent facilement l'acide carbonique".

L'exercice de vitesse n'est pas favorable au développement des muscles; les coureurs ont les mollets généralement grêles: c'est dire, il nous semble, que le coureur est d'ordinaire sur la voie qui conduit à un surmenage.

En somme, en hygiène, les exercices les plus recommandables paraissent être les exercices de force et ceux d'habileté: ils donnent le meilleur résultat, surtout lorsqu'on s'y livre dès le jeune âge. L'abus de l'exercice peut conduire aux plus fâcheuses conséquences en hygiène.

ACTE A L'EFFET D'ETABLIR UN CONSEIL MEDICAL EN CANADA.

[Sanctionné le 15 mai 1902.]

SA Majesté, par et avec l'avis et le consentement du Sénat et de la Chambre des Communes du Canada, décrète ce qui suit:—

Titre abrégé.

1. Le présent acte peut être cité sous le titre: *Acte Médical du Canada*, de 1902.

Définitions: "Médecine", "médical".

2. Dans le présent acte, à moins que le contexte n'exige une interprétation différente,—

(a) l'expression "médecine" sera censée comprendre la chirurgie et l'art obstétrique, mais non la chirurgie vétérinaire, et l'expression "médical" sera censée comprendre chirurgical et obstétrique.

(b) l'expression "Conseil médical provincial" comprend Bureau médical provincial et Collège de médecins et chirurgiens.

(c) l'expression "école de médecine" comprend toute institution où s'enseigne la médecine.

(d) l'expression "étudiants" s'entend seulement des personnes admises à l'étude de la médecine en vertu des lois provinciales.

Conseil médical du Canada.

3. Les personnes qui seront de temps à autre nommées ou élues, ou qui deviendront d'autre manière membres du Conseil médical du Canada, en vertu des dispositions du présent acte, sont constituées en corporation sous le nom de "Conseil médical du Canada,"—(*The Medical Council of Canada*), ci-après appelé "le Conseil".

But du Conseil. Aptitudes pour toutes les provinces.

4. Le but du Conseil est—

(a) d'établir un degré d'aptitudes et de connaissances en médecine qui permettra à ceux qui l'atteindront d'être admis et autorisés à pratiquer dans toutes les provinces du Canada:

Registre médical.

(b) d'établir un registre des praticiens en médecine canadiens, et faire la publication et la révision de ce registre ;

Qualités exigées pour l'inscription.

(c) d'établir et fixer les qualités et connaissances exigées pour l'inscription, y compris les cours d'études à suivre, par les étudiants, les examens à subir, et en général les conditions requises pour l'inscription ;

Bureau d'examineurs.

(d) de créer et maintenir un bureau d'examineurs pour l'examen et l'octroi de certificats de capacité ;

Enregistrement des praticiens canadiens dans le R.-U.

(e) de travailler à élever la profession médicale en Canada à un niveau tel qu'elle puisse être reconnue dans le Royaume-Uni, et que les praticiens canadiens puissent acquérir le droit de s'y faire inscrire en vertu des actes du parlement impérial désignés sous le titre de *Medical Acts* ;

Législation provinciale.

(f) l'obtention, avec la coopération et à la demande des différents conseils médicaux des diverses provinces du Canada, des mesures législatives nécessaires pour la mise à exécution des dispositions du présent acte, et pour atteindre les objets ci-dessus énumérés.

Pouvoirs quant aux immeubles.

5. Le Conseil pourra acquérir et garder tous immeubles qui lui seront nécessaires ou utiles pour atteindre ses fins ou en tirer un revenu applicable à cet objet, et il pourra les vendre, les louer, ou autrement en disposer ; mais la valeur annuelle des immeubles possédés et gardés par le Conseil pour des fins de revenu ne devra jamais dépasser la somme de vingt-cinq mille piastres.

Composition du Conseil.

6. Le Conseil sera composé—

(a) d'un membre de chaque province, qui sera nommé par le Gouverneur en cons. 3 ;

(b) de membres représentant chaque province, dont le nombre sera fixé suivant le nombre de praticiens enregistrés en vertu des lois de la province, dans les proportions suivantes :

Pour le premier 100, ou toute fraction de ce nombre.....	Un
Pour le second 100, ou une fraction de ce nombre dépassant la moitié.....	Un
Après les premiers 200, pour chaque 600 suivants, ou une fraction de ce nombre dépassant la moitié.....	Un

Les membres électifs représentant chaque province seront élus—un par le Conseil médical provincial, et les autres par les praticiens dûment inscrits qui auront reçu une licence ou un certificat d'enregistrement dans la province, en vertu de règlements à établir à ce sujet par le Conseil médical provincial, pourvu qu'aucun Conseil médical provincial, non plus que les praticiens réguliers d'aucune province, ne puissent élire comme membre du Conseil qui que ce soit qui sera attaché au personnel enseignant ou au conseil d'administration d'aucune université ou école de médecine constituée en corporation, qui, en vertu des dispositions du présent acte, aura le droit d'élire un membre du Conseil, et qu'ils ne puissent, non plus, ainsi élire qui que ce soit appartenant à quelque école particulière et distincte de la pratique de la médecine du genre de celle mentionnée et visée à l'alinéa (d) du présent paragraphe ;

(c) d'un membre de chaque université ou de tout collège ou école de médecine constitué en corporation en Canada ayant quelque arrangement avec une université l'autorisant à conférer des degrés à ses élèves, engagé dans l'enseignement actif de la médecine, qui sera élu par cette université, par ce collège ou cette école, conformément aux règlements applicables.

(d) de trois membres qui seront élus par ceux des praticiens en Canada qui sont maintenant reconnus, par la loi de la province où ils pratiquent, comme formant une école particulière et distincte de la pratique de la médecine, et qui, en cette qualité, ont droit, en vertu de la dite loi, de pratiquer dans la province.

Eligibilité des membres.

2. Personne ne sera membre du Conseil, à moins qu'il ne—

(a) réside dans la province pour laquelle il sera nommé ou élu ;

(b) soit inscrit comme membre de la profession médicale en conformité de la loi de la province qu'il représentera ;

(c) soit inscrit comme médecin pratiquant dans le registre établi en vertu des dispositions du présent acte ; mais cette qualité ne sera requise d'aucun des membres composant le Conseil à son origine.

Conditions de la représentation d'une province.

3. Aucune province ne sera représentée au Conseil, soit par des membres nommés ou élus, avant que la législature de la province n'ait statué que l'inscription par le Conseil sera acceptée comme l'équivalent d'une inscription au même effet en vertu des lois de la province ; et quand toutes les provinces auront légiféré à cet effet, il sera loisible de nommer et élire de la manière susdite les membres du Conseil ; pourvu toujours que, si quelqu'un ne des dites législatures abroge ensuite sa législation, prévue par cet article, il ne soit donné à d'autres personnes le droit de pratiquer la médecine dans les limites de la juridiction de cette législature, à raison de leur qualification ou enregistrement, en vertu du présent acte.

Durée de charge.

7. La durée de charge des membres nommés sera de quatre ans.

Membres élus.

2. Les membres élus par les Conseils médicaux provinciaux resteront en charge pendant la durée du mandat des membres du Conseil médical provincial de la province pour laquelle ils auront été élus.

Autres.

3. Tous les autres membres seront élus pour quatre ans.

Démissions.

4. Tout membre pourra en tout temps donner sa démission par avis écrit adressé au président ou au secrétaire du Conseil. Si cette démission est acceptée, le Conseil la signifiera par écrit, si c'est un membre nommé, au Secrétaire d'Etat du Canada, et si c'est un membre élu, au secrétaire du Conseil médical de la province ou à toute université, à tout collège ou école de médecine constitué en corporation, ou au président ou secrétaire de toute école reconnue et distincte de pratique de la médecine représentée, que ce membre représentera.

Réélection.

5. Toute personne qui est ou qui a été membre, si elle possède les qualités requises, pourra être nommée d-nouveau ou être réélus ; mais personne ne pourra cumuler les fonctions de deux membres.

Choix des successeurs.

6. Dans le cas de membres du Conseil dont la durée de charge touchera à la fin, leurs successeurs pourront être nommés ou élus en tout temps dans

ses trois mois qui précéderont l'expiration de leurs fonctions ; néanmoins, lorsqu'il se produira quelque vacance parmi les membres du Conseil, soit par l'expiration de la durée de charge, soit pour toute autre cause, cette vacance pourra être remplie en tout temps.

Si l'autorité compétente n'élit pas de membre.

7. Si l'autorité compétente à élire un membre néglige de le faire, ou manque d'élire un membre possédant les qualités requises, ou de transmettre le nom du membre élu au secrétaire du Conseil dans un délai raisonnable après que cette élection aurait pu avoir lieu, alors, après avis donné par le Conseil invitant le Conseil médical provincial ou le collège ou l'école constitué en corporation, ou l'université, ou l'école reconnue et distincte de pratique de la médecine, à faire cette élection et son rapport au Conseil sous un mois de la date de la signification, de cet avis, le Conseil pourra, si le manquement se continue, faire cette élection lui-même.

Membre remplaçant.

8. Un membre nommé ou élu pour remplir une vacance causée par décès ou démission du titulaire, aura les mêmes attributions que celui qu'il remplacera, et occupera la charge pendant le temps qu'il lui resterait à la remplir.

Durée de charge.

9. Tout membre nommé ou élu restera en charge jusqu'à ce que son successeur soit nommé ou élu, ou jusqu'à l'expiration de son terme d'exercice, si son successeur est nommé avant l'expiration de ce terme.

Officiers, etc.

8. Le Conseil pourra, au besoin, —

(a) élire dans son sein un président, un vice-président et un comité de régie ;

Régistraire.

(b) nommer un registraire, qui pourra aussi, si la chose est jugée à propos, agir comme secrétaire et trésorier ;

Autres officiers.

(c) nommer ou engager tous autres officiers et employés qu'il jugera nécessaires pour les fins du présent acte et sa mise à exécution ;

Cautionnement.

(d) exiger et recevoir du registraire, ou de tout autre officier ou employé, tel cautionnement, pour la bonne exécution de ses devoirs, que le Conseil jugera nécessaire ;

Rémunération.

(e) fixer l'indemnité ou la rémunération qui sera payée au président, au vice-président, et aux membres, officiers et employés du Conseil.

Assemblée du Conseil.

9. Le Conseil tiendra sa première assemblée en la cité d'Ottawa, à la date et à l'endroit que fixera le ministre de l'Agriculture ; et ensuite, les assemblées annuelles du Conseil auront lieu aux époques et aux endroits que fixera le Conseil au besoin.

Quorum.

2. Jusqu'à ce qu'il y soit autrement pourvu par ordre ou règlement du Conseil, vingt et un de ses membres formeront quorum, et tous les actes du Conseil seront décidés par la majorité des membres présents.

Règlements.

10. Le Conseil pourra en tout temps établir des règlements, non contraires à la loi ou aux dispositions du présent acte, à l'égard des fins suivantes :

Exécutif.

(a) celles mentionnées aux paragraphes (a) (b) (c) (d) et (e) de l'article 4 et en l'article 8 du présent acte ;

Gestion.

(b) la direction, la conduite et l'administration du Conseil et de ses biens et propriétés ;

Assemblées.

(c) la convocation et la tenue des assemblées du Conseil, les dates et localités où auront lieu ces assemblées, les délibérations et l'expédition des affaires et le nombre de membres nécessaire pour former un quorum ;

Président et vice-président.

(d) les pouvoirs et devoirs du président et du vice-président, et le choix de leurs remplaçants, s'ils ne peuvent agir pour quelque cause que ce soit ;

Officiers.

(e) la durée de charge des officiers, et les pouvoirs et devoirs du registraire et des autres officiers et employés ;

Comités.

(f) l'élection et la nomination d'un comité de régie et d'autres comités pour des fins générales et spéciales, la définition de leurs pouvoirs et devoirs, la convocation et la tenue de leurs réunions, et la procédure à suivre pour l'expédition de leurs affaires ;

Contributions.

(g) en général, toutes contributions à imposer, payer, ou recevoir en vertu du présent acte ;

Qualités requises pour l'inscription.

(h) l'établissement, le maintien et la tenue d'examen pour s'assurer si le candidat possède ces qualités ; le nombre, la nature, les époques et le mode de ces examens, la nomination des examinateurs ; les conditions auxquelles seront reçus comme preuve de capacité l'immatriculation et les certificats des universités, écoles et autres institutions médicales, la dispense pour les candidats, soit partielle, soit totale, de subir des examens, et en général tout ce qui se rattache à ces examens ou qui est nécessaire ou opportun pour en atteindre le but ;

Proviso quant aux cours.

Pourvu, néanmoins, que—

- (i) la matière des cours d'études établis par le Conseil ne soit jamais inférieure à celle des cours les plus élevés alors établis pour le même objet dans aucune province ;
- (ii) le programme des examens ne soit jamais inférieur aux meilleurs programmes alors établis dans le but de constater les capacités des candidats à l'inscription dans aucune province ;
- (iii) la possession seule d'un degré d'une université canadienne ou d'un certificat d'inscription provinciale fondée sur cette possession, obtenu postérieurement à la date à laquelle le présent acte deviendra exécutoire aux termes du paragraphe 3 de l'article 6 du présent acte, ne donne pas à son porteur le droit d'être inscrit en vertu du présent acte ;

- (iv) le présent acte n'aura pas d'effet rétroactif, spécialement pour ce qui est des personnes dûment inscrites comme étudiants sous les lois de quelque une des provinces du Canada, à l'époque où il deviendra exécutoire comme susdit;

Inscription de praticiens étrangers.

(i) la reconnaissance des diplômes par une corporation ou autorité britannique, canadienne, coloniale ou étrangère, autorisée à en décerner; l'élaboration et la mise à exécution de tout projet de réciprocité au sujet de l'inscription des praticiens avec toute corporation ou autorité médicale britannique, coloniale ou étrangère, les termes et conditions auxquels, et le cours d'études à la suite duquel les praticiens auront le droit de se faire inscrire en vertu du présent acte, lorsque ces praticiens seront dûment inscrits ou diplômés sous l'empire des lois du Royaume-Uni, ou de celles de toute possession britannique autre que le Canada, ou des lois de tout pays étranger, si cette possession britannique ou ce pays étranger accordé des avantages réciproques au Canada.

(j) l'immatriculation et l'enregistrement de toutes personnes ayant droit, en vertu du présent acte, de figurer sur le registre des praticiens en médecine canadiens.

Généralement.

(k) en général, toute chose au sujet de laquelle il deviendra nécessaire ou opportun de pourvoir ou de régler pour atteindre le but du présent acte suivant son intention générale.

Approbation du Gouverneur en conseil.

2. Aucun règlement promulgué en vertu du présent article n'aura force d'exécution avant d'avoir été approuvé par le Gouverneur en conseil, et cette approbation sera une preuve concluante que le règlement n'a pas d'effet rétroactif.

Effet légal des règlements.

11. Un exemplaire de tout règlement, certifié conforme par le registraire ou le secrétaire sous son sceau et le sceau du Conseil, fera foi devant toute cour de justice, sans autre preuve que la production de cet exemplaire paraissant ainsi être certifié.

Règlements au sujet d'écoles particulières de médecine.

12. Le Conseil établira des règlements à l'effet d'assurer aux praticiens qui, en vertu des lois de quelque province, sont maintenant reconnus comme formant une école particulière dans la pratique de la médecine, et à tous les autres, étrangers à l'inscription qui désireront être praticiens de cette école, des droits et privilèges non inférieurs à ceux qu'ils possèdent actuellement en vertu des lois de toute province et des règlements de tout conseil médical provincial.

Bureau d'examineurs.

13. A chaque réunion annuelle du Conseil, celui-ci nommera un bureau d'examineurs, qui sera désigné sous le nom de "Bureau des examineurs du Conseil médical du Canada," dont le devoir sera de faire subir les examens prescrits par le Conseil, sauf les dispositions de l'article 12 du présent acte.

Continuation en charge.

2. Les membres du bureau des examineurs pourront être nommés de nouveau.

Examens.

14. Les sujets d'examen seront fixés par le Conseil, et les candidats pourront, à leur choix, être examinés en anglais ou en français; et les examens

n'auront lieu que dans les centres où il y aura une université ou un collège activement engagé dans l'enseignement de la médecine, et où il y aura un hôpital ne contenant pas moins de cent lits.

Registre Médical Canadien.

15. Le Conseil fera tenir par le registraire, sous la direction du Conseil, un livre ou registre qui sera appelé le "Registre Médical Canadien," dans lequel seront inscrits, de la manière et avec les détails prescrits par le Conseil, les noms de toutes les personnes qui se seront conformées aux prescriptions du présent acte et aux règlements établis par le Conseil au sujet de l'inscription en vertu du présent acte, et qui demanderont au registraire d'y inscrire leurs noms.

Qualités requises pour être inscrit.

16. Toute personne qui passera l'examen prescrit par le conseil et se conformera à toutes les conditions et règles requises pour l'enregistrement, comme l'exige le présent acte et l'exigera le Conseil, aura droit moyennant le paiement des honoraires prescrits à ce sujet, d'être enregistrée comme praticien en médecine."

Inscription des médecins provinciaux.

2. Toute personne en possession d'une licence ou d'un certificat d'inscription avant la date à laquelle le présent acte deviendra exécutoire comme susdit, et qui aura été engagée dans la pratique active de la médecine dans l'une ou plusieurs des provinces du Canada, aura, après six ans de la date de ce certificat, le droit d'être inscrit en vertu du présent acte comme praticien en médecine sans avoir à subir d'examen, en payant la contribution voulue et en se conformant aux conditions et règlements établis à cet égard par le Conseil.

Médecins étrangers.

3. Toute personne rentrant dans quelque une des classes de praticiens inscrits ou diplômés auxquels s'applique l'alinéa (j) de l'article 10 du présent acte, aura droit de se faire inscrire en se conformant aux règlements établis par le Conseil à cet égard.

Altérations dans le registre.

17. Toute inscription dans le registre pourra être annulée ou corrigée pour cause de fraude, d'accident ou d'erreur.

Appel au Conseil.

18. Sur la décision du registraire au sujet d'une demande d'inscription, de correction ou de modification du registre, le requérant, s'il se croit lésé par la décision du registraire, pourra en appeler au Conseil, qui entendra les parties et décidera l'affaire; mais toute demande à l'effet de faire annuler ou biffer une inscription au registre à l'encontre de l'intérêt de la personne visée, sera renvoyée au Conseil par le registraire, et le Conseil, après trois mois d'avis expédié par la poste, port payé et enregistré, à la dernière adresse connue de cette personne, qui aura le droit de comparaître par avocat, entendra la cause et la décidera.

Radiation du registre pour crime ou inconduite.—Proviso : cas d'inscription provinciale.

19. S'il est démontré au Conseil, après enquête, qu'une personne inscrite en vertu du présent acte a été convaincue, dans quelque partie des possessions de Sa Majesté ou ailleurs, d'une infraction qui, si elle eût été commise au Canada, eût entraîné une mise en accusation en vertu du *Code criminel*, 1892, et de ses modifications, ou qu'elle s'est rendue coupable d'une conduite infamante ou indigne au point de vue professionnel, que cette infraction ait été commise, ou que la conviction ait eu lieu, ou que la conduite infamante ou indigne ait été tenue avant ou après l'inscription de cette per-

sonne, le Conseil, après trois mois d'avis expédié par la poste, port payé et enregistré, à la dernière adresse connue de cette personne, qui aura le droit de comparaître par avocat, ordonnera au registraire de rayer le nom du coupable du registre ; pourvu, néanmoins, que si une personne inscrite en vertu du présent acte a aussi été inscrite en vertu des lois de quelque province, et si cette inscription provinciale a été biffée du registre, pour quelqu'une des causes susdites, par ordre du conseil médical de cette province, le Conseil devra alors, sans plus ample enquête, ordonner la radiation du nom de cette personne du registre tenu en vertu du présent acte.

Certaines choses n'entraînent pas radiation.

2. Le nom d'une personne ne sera pas biffé du registre en vertu du présent article, —

(a) parce qu'elle aura adopté ou refusé d'adopter la pratique de telle ou telle théorie particulière en médecine ou en chirurgie ; ou

(b) parce qu'elle aura été trouvée coupable, en dehors des possessions de Sa Majesté, d'un délit politique contre les lois d'un pays étranger ; ou

(c) parce qu'elle aura été trouvée coupable d'une infraction qui, bien que tombant sous le coup des dispositions du présent article, sera, de l'avis du Conseil, soit à cause de l'insignifiance de l'infraction, soit par suite des circonstances dans lesquelles elle aura été commise, insuffisante pour empêcher qu'elle n'ait été inscrite en vertu du présent acte.

Commission d'arbitrage.

20. Lorsqu'il sera démontré au Gouverneur en conseil que quelqu'une des prescriptions du présent acte n'a pas été remplie, le Gouverneur en conseil pourra autoriser la commission d'arbitrage ci-dessous prévue à s'enquérir d'une manière sommaire et de lui faire rapport si tel est le cas, et, s'il en est ainsi, prescrire la manière d'y remédier, si la chose est possible.

2. Le Gouverneur en conseil invitera le Conseil médical du Canada à y remédier dans tel délai que, en tenant compte du rapport de la commission, il jugera à propos de fixer. Si le Conseil manque de le faire, il devra, par un arrêté en conseil, modifier les règlements ou prendre les mesures ou rendre les arrêtés qu'il jugera nécessaires pour donner effet à la décision de la commission.

3. La commission d'arbitrage sera composée de trois membres, dont l'un sera nommé par le Gouverneur en conseil, un autre par le Conseil médical du Canada, et le troisième par le plaignant.

4. La commission pourra contraindre les témoins à comparaître et les interroger sous serment, exiger la production de livres et documents, et sera revêtu de tous les autres pouvoirs nécessaires que lui confèrera le Gouverneur en conseil pour les fins de l'enquête.

21. Le présent acte ne sera pas interprété comme autorisant la création d'écoles de médecine, ou donnant à quelque titre un enseignement médical.

LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTREAL

Séance du 17 mars 1903.

PRÉSIDENCE DE M. LE DOCTEUR DUBÉ.

M. ALP. MERCIER présente un malade âgé de 35 ans affecté de psoriasis disséminé sur tout le corps ; il n'a trouvé aucune histoire de syphilis et décrit cette affection squammeuse de nature inflammatoire à poussée aiguë périodique. Il recommande comme traitement des bains quotidiens, l'application de vaseline pour ramollir les squammes et l'huile de cade.

M. VALIN rapporte un cas de psoriasis de 13 ans d'existence, il regrette que les médecins ne soient pas mieux renseignés sur la dermatologie, parle de la nécessité d'une clinique des affections cutanées qui développeraient beaucoup l'esprit d'observation de l'étudiant par l'analyse des nuances requises pour établir un bon diagnostic. Le psoriasis, ajouta-t-il, est une maladie papulo-squammeuse dont le microbe, si microbe il y a, n'a pas encore été découvert, et termine en donnant les indications et les contre-indications de l'arsenic.

M. FOUCHER reconnaît toute l'importance d'une clinique de dermatologie, et dès qu'une nouvelle année sera ajoutée aux études médicales il espère que la Faculté fondera cette nouvelle chaire.

M. LESAGE, au nom de M. le docteur Nadeau, de St-Joseph de la Beauce, fait la lecture d'un mémoire sur "la déchéance vitale manifeste chez l'enfant de nos campagnes". L'auteur accuse l'insalubrité des nouvelles habitations, l'absence de propreté du foyer, l'alimentation défectueuse des enfants et des adultes et l'économie de l'eau pour la toilette intime.

M. LASNIER, ayant déjà prêté son concours à la presse politique pour aider à la propagation des connaissances hygiéniques, demande quelle serait la meilleure méthode pour faire l'éducation du peuple sur ce sujet.

M. LECARVELIER ne croit pas que la presse quotidienne dont le second numéro parvient souvent au lecteur avant qu'il ait eu le temps de lire le précédent, soit la meilleure méthode pour atteindre ce but, les journaux politiques sont lus rapidement par des personnes qui cherchent tout autre chose qu'une leçon d'hygiène à apprendre. L'essentiel est l'enseignement dans les écoles des principes hygiéniques élémentaires, leurs applications rigoureuses, le concours des autorités des couvents et des collèges pour compléter ces études préliminaires et la bonne volonté des commissaires d'écoles et des conseillers municipaux pour faciliter la propagation des différentes connaissances sanitaires.

M. VALIN ajoute que le médecin devrait être plus instruit sur la science de l'hygiène et regrette de voir que certains jeunes médecins quittent l'Université sans même connaître la méthode de la désinfection d'un local.

M. DUBÉ dit que les médecins pourraient faire beaucoup pour améliorer la situation en donnant des conférences sur l'hygiène.

M. LECAVELIER fait une communication sur "le tétanos et ses traitements. Observation et guérison par la méthode de Bacelli." Voir page 54.

M. DE MARTIGNY, qui n'a jamais vu le malade, croit que vu l'absence de l'élévation de température ce cas devait être de l'hystérie.

M. VALIN n'a pas vu le malade, mais voit de l'hystérie parce que la température n'a été à 100° $\frac{3}{4}$ F. qu'au début et normale durant le reste de la maladie et demande les résultats des analyses de l'urine.

M. ALP. MERCIER pense que les spores du tétanos doivent résister à une chaleur plus élevée que 195F.

M. LECAVELIER répond que la carte d'observation présente, établit que la densité de l'urine était de 1013 lorsque la quantité d'urine excrétée était de sept litres durant les 24 heures ; que les spores, d'après l'opinion de Macé, sont détruits par une chaleur de 176 F. durant six heures et même elles périssent en une heure ou deux à une température de 194F. Quant à l'objection touchant le diagnostic différentiel entre l'hystérie et le tétanos il est à peine inutile d'y répondre, tous les symptômes cliniques étaient présents à toutes les heures du jour et de la nuit : tous les médecins de l'hôpital qui ont vu, ont reconnu la gravité d'un cas de tétanos ; la thérapeutique énergique de 3 grains d'acide phénique par jour a réussi à combattre l'élévation de la température, il n'y a que les tétaniques qui supportent des doses aussi fortes de chloral et d'acide phénique. Pour faire mourir un hystérique ces messieurs n'auront qu'à choisir ce traitement.

Le tétanos n'est pas une infection mais bien une intoxication et les températures élevées du début de la maladie sont généralement causées par des associations microbiennes.

La surélévation thermique des cas mortels est due tant aux attaques convulsives répétées qu'à la paralysie des centres thermogènes intoxiqués. Nous avons su prévenir l'une et l'autre de ces complications par un traitement local et général qui ont amené la guérison de notre tétanique.

NOUVELLES

Les lecteurs du *Montréal-Médical* qui ont oublié l'administration, pourront, en ce saint temps de Pâques, s'acquitter de cette petite dette en retournant dans l'enveloppe ci-incluse le prix (mandat de poste ou lettre recommandée) de leur abonnement.

Un reçu sera adressé immédiatement après réception.

La législature de la province de Québec vient de renvoyer à l'électorat professionnel l'importante question de la création d'un Bureau central accordant aux médecins, après examen, une licence leur donnant le droit d'exercer leur profession dans toutes les parties de la Puissance du Canada.

Tous les médecins ont intérêt à étudier sérieusement à son mérite ce Bill qui, sans nous demander le sacrifice de nos droits d'instruction, nous permettra d'aller rejoindre près de 500,000 Canadiens-Français privés de médecins de leur nationalité.

Sir William Hingston est parti le 7 dernier pour l'Europe et doit se rendre au Congrès International de Médecine qui aura lieu à Madrid le 23 prochain.

M. le professeur Merrill, chirurgien à l'Hôtel-Dieu, en opérant un enfant âgé de 18 mois pour appendicite, a trouvé le canal appendiculaire obstrué par un calcul de la grosseur d'un pois.

Un célèbre chirurgien de Brooklyn, E.-T., propose d'enlever le vestige de la vésicule ombilicale (l'appendice) à tous les enfants quelques mois après leur naissance; joignant l'exemple au conseil il a fait opérer tous ses jeunes enfants.

Lors du passage de M. le docteur Lorenzy à l'hôpital des Infirmités à New-York, 8,000 malades ont fait application pour consulter l'illustre chirurgien.

M. le docteur N. Gingras, de St-Nicolas, Co. Lévis, abandonnant l'exercice de sa profession, vendrait, à très bonnes conditions, une jolie propriété et une clientèle d'au moins 2,500 âmes.