

BULLETIN MEDICAL

DE QUEBEC

AVRIL 1923

ARTICLES ORIGINAUX

Feu le Dr. A. Hamel.....	97
Le Dr. U. Lacerte—Jubilair.....	A. Jobin..... 98
Lymphogranulomatose	J. Guérard..... 99
Actinomycose	Albert Paquet.....102
Société Médicale de Québec.....	J. E. Verreault.....105

REVUE ANALYTIQUE

Péril cancéreux	110
Gare aux mouches.....	117
La toux bitonale.....	122
La réaction post adrénalinique dans le pronostic.....	122
Stomatite bismuthique	123

NOTES D'OBSTETRIQUE

Expectative dans éclampsie.....	124
A propos de pituitrine.....	125
Hémorrhagies intra-crâniennes des nouveaux-nés.....	125

VARIETES

Le centenaire de Pasteur.....	126
Destruction des rats au moyen d'un vernis.....	127
Contre les moustiques	127
Album Médical	128

NOS ANNONCEURS

J. I. Eddé, Montréal, Canada.....	de 1 à 11
Laboratoire du "Spectrol".....	13
Rougier Frères, 210, rue Lemoine, Montréal.....	13
Rougier Frères, 210, rue Lemoine, Montréal.....	14
L'Anglo-French Drug Co., Montréal.....	15
Rougier Frères, 210, rue Lemoine, Montréal.....	16
Joseph Contant, 231, Notre-Dame Est, Montréal.....	17
Frank W. Horner, Limited, Montréal, Canada.....	17
J. A. Harris, rue St-Denis, Montréal.....	18
Rougier Frères, 210, rue Lemoine, Montréal.....	19
Parke, Davis & Co., Walkerville, Ont.....	20
Cie de Pougues, Paris	21
Casgrain & Charbonneau, Ltée.....	21
Rougier Frères, 210, rue Lemoine, Montréal.....	22
J. A. Harris, rue St-Denis, Montréal.....	23
Rougier Frères, 210, rue Lemoine, Montréal.....	24
Henry K. Wampole & Co., Limited, Perth, Ontario.....	24
Rougier Frères, 210, rue Lemoine, Montréal.....	25
Conseil Supérieur d'Hygiène de la Province de Québec	26
Rougier Frères, 210, rue Lemoine, Montréal.....	27
Bendages Herniaires de A. Claverie.....	28
Laboratoire Genevrièr, Paris.....	28
J. B. Giroux, Québec.....	28
Laboratoire Louvain, Lévis, Québec.....	29
Od. Chem. Co., N.-Y.....	29
J. E. Livernois.....	30
The Arlington Chemical Co., Yonkers, N.-Y.....	30
American Machinist	dans le texte
La Cie d'Imp. Commerciale.....	dans le texte
Mowatt & Modre, Montréal.....	dans le texte
Laboratoire Couturieux, Paris.....	dans le texte
P. Lebeault & Cie, 5 rue Bourg-l'Abbé, Paris.....	dans le texte
Laboratoires Clin.	couverture
Horlick's Malted Milk Co.....	"
J. I. Eddé, Montréal, Canada.....	"
"	J. I. Eddé, Montréal, Canada

TIRAGE MENSUEL: 2,500 exemplaires.

Panglandine

Extrait opothérapique total comprenant:

Thymus, Ovaires, Rate, Duodénum, Hypophyse, Capsules
Surrinales, Thyroïde, Pancréas, Testicules, Foie,
Prostate — En proportions physiologiques.

Capsules kératinisées de 0 gr. 25.

Lantol

Rhodium Colloïdal électrique.

Ampoules isotoniques de 3 cc.

Maladies infectueuses — Septicémies.

En injections indolores, non toxiques. 2 à 3 par jour.

Stanion

Etain Colloidal électrique.

En ampoules isotoniques de 3 cc. et en capsules.

Furunculose — Infections à Staphylocoque.

Heracléine

Extraits de Yohimba, Damiana Str. nux vomica.

Acanthea et phosphure de Zinz.

Association des plus actifs des toniques du système nerveux
aux doses thérapeutiques et sans l'adjonction d'aucun exci-
tant ou irritant.

Union Commerciale France-Canada
J. I. Eddé

Edifice New Birks, Montréal,

- - Tél. UP. 6671

FEU LE DR. HAMEL

Nous avons le chagrin d'annoncer la mort de notre confrère et collègue, M. le Dr Auguste Hamel.

Forcé par la maladie de cesser toute pratique et tout enseignement—il enseignait l'histologie depuis 25 ans,—il dut prendre sa retraite. Lui qui avait connu la vie active qu'imposent les soins d'une nombreuse clientèle—car il eut son temps de vogue,—il vivait maintenant retiré dans sa solitude, attendant que la maladie eut fait son oeuvre.

Il est décédé au cours du mois de février, dans la soixante-huitième année de son âge.

Il laisse le souvenir d'un homme de bien, et d'un médecin consciencieux.

Nous déposons sur sa tombe l'hommage de notre estime et l'expression de nos regrets.

R. I. P.



NOCES DE DIAMANT D'UN MEDECIN

Nous avons le plaisir d'annoncer à nos lecteurs que, le 13 mai courant, le Dr Narcisse Lacerte, de Lévis, fêtera le soixantième anniversaire de son admission à la pratique de la médecine.

C'est en effet le 13 mai 1863 que ce vétéran de la médecine fut admis à la pratique par l'ancienne "Ecole de médecine", à Montréal.

Deux de ses fils ont embrassé la même carrière: l'aîné, Joseph, est mort peu de temps après avoir été reçu médecin, en 1892; l'autre, Eugène, pratique à Thetford Mines. Tous les deux ont fait des études médicales brillantes à l'Université Laval, et y ont laissé un excellent souvenir.

Un fils adoptif, le Dr J. R. Chrétien, établi à St-Frédéric de Beauce, doit au Dr Lacerte le parachevement de ses études classiques et médicales.

Ce doyen des praticiens, dans notre district, est aujourd'hui âgé de 84 ans. Depuis 58 années il est établi à Lévis où il pratique la médecine et où il est le médecin municipal.

La Providence l'a favorisé d'une bonne santé. Il porte allègrement le poids de ses nombreuses années. Il a bon pied, bon oeil. Il monte et descend les côtes de Lévis d'un pas alerte. Il lit les journaux sans lunettes; et la lecture des revues médicales est encore son passe-temps favori. Bref, il jouit d'une verte vieillesse.

Et ce qui ne gâte rien, au contraire, au cours de sa longue carrière, il n'a jamais manqué une occasion de travailler au bien-être de la société; il fut notamment un apôtre de la tempérance.

Passer ainsi 60 ans dans la pratique de la médecine, entouré de l'estime et du respect de ses confrères, n'est pas un événement banal. Il convenait de mentionner ce fait, tant à cause de sa rareté qu'à cause de la haute dignité de vie de l'heureux jubilaire.

Aussi, au nom de nos collaborateurs, et en notre nom personnel, nous offrons à ce vénérable confrère l'expression de nos plus sincères félicitations. Si la vie est un bienfait, la vieillesse est une faveur, car le bataillon est petit des vétérans octogénaires. Aussi nous formulons des vœux pour que la divine Providence lui conserve pendant quelque temps encore ce don des années, et surtout ce don perpétué de la santé, afin qu'au soir de sa vie et jusqu'à la grande nuit, il puisse répéter ce mot de Guizot: "J'avance dans la vie en travaillant".

Albert Jobin.

LYMPHOGRANULOMATOSE

Dr Joseph GUERARD.

Professeur de Clinique médicale.

CONSIDERATIONS CLINIQUES ET ETIOLOGIQUES SUR L'ADENIE
EOSINOPHILIQUE PRURIGENE.

Monsieur le Docteur A. Colrat, interne des hôpitaux, dans le "Journal de Médecine de Lyon", après avoir fait l'historique de nos acquisitions progressives sur les lymphadénies, résume ainsi ses conclusions sur la lymphogranulomatose:

"On doit extraire actuellement du groupe encore confus des lymphadénies une affection bien particulière: l'adénie éosinophilique prurigène (lymphogranulomatose—granulome malin).

"Cette maladie présente des caractéristiques anatomiques, histologiques et cliniques bien spéciales.

"Anatomiquement, il s'agit d'une hypertrophie ganglionnaire généralisée, d'allure progressive sans tendance à la suppuration. Secondairement, on assiste au développement de lymphomes multiples dans les divers organes.

"Histologiquement, on peut saisir tous les passages entre l'inflammation simple et les aspects pseudo-néoplasiques. Ce polymorphisme explique la confusion qui a régné dans la classification histologique des lymphadénies. La sclérose est constante et accentuée; elle est toujours plus marquée que dans toute autre affection ganglionnaire.

"Cliniquement, la maladie présente quatre signes principaux: le prurit, la fièvre, l'hypertrophie ganglionnaire, la syndrome hématologique (polynucléose neutrophile avec éosinophilie). Il s'y ajoute des signes divers tenant à l'extension du processus aux divers organes.

"Etiologiquement enfin, il ne s'agit pas d'une tumeur maligne, mais d'une maladie infectieuse dont l'agent microbien ou parasitaire n'est pas encore déterminé. Le rôle de la tuberculose est formellement à rejeter."

Nous résumons du même article ce qui se rapporte surtout à la symptomatologie: hypertrophie ganglionnaire, fièvre, prurit et un syndrome hématologique particulier.

Hypertrophie ganglionnaire.—C'est habituellement par cette hypertrophie que commence la maladie. La fièvre et le prurit peuvent néanmoins ouvrir la scène clinique.

Au début, cette augmentation de volume des ganglions est habituellement localisé à un seul carrefour qui est l'extrémité inférieure de la chaîne ganglionnaire carotidienne. Plus tard, lors des poussées fé-

briles, les divers groupes ganglionnaires se prennent successivement et généralement dans l'ordre suivant: Région axillaire, aisselles et aines. L'atteinte des carrefours lymphatiques internes se manifeste par des signes de compression.

Ces tumeurs lymphatiques sont habituellement très fermes, d'une dureté caractéristique, sans parties molles, et ne suppurent que par exception, s'il y a infection surajoutée. Elles sont en outre bosselées, les ganglions étant soudés entre eux par de la périadénite. Il n'y a en général ni adhérence à la peau, ni connexion avec les parties sous-jacentes.

La splénomégalie est également constante, mais ce symptôme ne saute pas aux yeux et demande à être recherché.

Les troubles de compression sont des plus variés. Les veines sont fréquemment atteintes, surtout les grosses veines du bassin, et l'oedème bilatéral des membres inférieurs a été signalé. On peut aussi avoir l'oedème uni ou bilatéral des membres supérieurs. L'oedème des bronches plus rare se traduit par de la dyspnée paroxystique. Les autres organes sont moins sujets à la compression.

Fièvre.—Trois types: la fièvre intermittente, par poussées successives, la fièvre continue et la fièvre rémittente à grandes oscillations.

La première, la fièvre intermittente par poussées successives est une des modalités thermiques les plus fréquentes. Elle est caractérisée par des poussées hyperthermiques au cours desquelles les ganglions augmentent de volume, l'état général s'aggrave, l'anoréxie apparaît. Puis au bout de dix à vingt jours la température s'abaisse et le malade reprend du poids. L'intervalle entre deux poussées a pu atteindre un mois, il est habituellement beaucoup plus court.

La fièvre continue se voit surtout dans les formes à marche rapide; et le type rémittent à grandes oscillations existe rarement à l'état pur pendant toute la durée de la maladie.

Prurit.—Est un des signes les plus curieux et les plus constants de cette sorte de lymphadémie.

Il s'agit le plus souvent de sensations prurigineuses précoces, intenses et rebelles au traitement. Leur apparition peut précéder tout autre signe clinique; plus souvent, elle est tardive.

Le prurit est presque toujours très marqué, empêchant le sommeil, survenant en général le soir, augmenté par la chaleur des draps. Le traitement est sans effet sur lui. Il disparaît quelquefois sans cause apparente et aux périodes avancées et cachectiques de la maladie. Il peut n'être que passager et l'on doit le rechercher à l'interrogatoire des malades.

Syndrome hématologique.—On admet la formule suivante: Diminution progressive des globules rouges, avec augmentation des hémato-

blastés, leucocytose croissante portant surtout sur les polynucléaires neutrophiles, éosinophilie nette, quelques grands mononucléaires, diminution considérable des lymphocytes. Pas de cellules anormales dans le sang.

Il ne s'agit pas d'une leucémie; le nombre total des globules blancs varie de 10,000 à 40,000 environ avec 75 à 90% de neutrophiles et 3 à 10% d'éosinophiles.

Signes accessoires.—Parmi les signes accessoires on a signalé : 1o—des troubles du côté de la plèvre et du poumon: pleurésie—broncho-pneumonie—symptomatologie d'une tumeur du poumon; 2o—hépatomégalie avec ou sans ictère et ascite à la période terminale; 3o—Albuminurie qui paraît être une albuminurie fébrile; 4o—Epilepsie jacksonienne, surdité, exophtalmies.

On rapporte aussi des cas où la maladie se localiserait à un seul groupe ganglionnaire et l'on a décrit une forme localisée à un groupe ganglionnaire superficiel, une forme localisée au médiastin, etc.

Diagnostic.—Il est des cas typiques où l'intensité du prurit, la dureté des ganglions et la courbe thermique peuvent suffire pour affirmer le granulome malin. De toutes manières, cependant, une lymphadénie généralisée doit entraîner le médecin à l'examen hématologique et en dernier ressort à la biopsie pour achever d'identifier le syndrome en face duquel il se trouve.

Histologiquement, il faut retenir deux faits principaux: 1o—Le degré de la sclérose. Aucune autre affection ganglionnaire ne présente cette réaction fibreuse à un degré aussi marqué.

2o—Les variations de la formule histologique au cours de l'évolution de la maladie (Favre), l'étude microscopique montre qu'il s'agit de lésion en remaniement constant. Il s'agit d'une maladie offrant à certaines périodes un aspect inflammatoire, à d'autres un aspect pseudo-néoplasique.

Etiologie: Après un long exposé, l'auteur de l'étude en conclut que l'odénie éosinophilique prurigène n'est pas une tumeur, que d'autre part la tuberculose n'entre pour rien dans sa genèse, qu'enfin il s'agit probablement d'une affection parasite, ce que semblent prouver les caractères cliniques, hématologiques et histologiques de la maladie, l'agent en question étant d'ailleurs encore à trouver.

Traitement: On a essayé du traitement chirurgical et du traitement par l'arsenic sans résultat. La radiothérapie est ici inefficace. L'auto-vaccination n'a pas donné de guérisons.

La thérapeutique sera donc uniquement symptomatique, on en sera réduit à épuiser successivement les antithermiques, les analgésiants, les bains, les poudres et les pommades. Milian et Blum ont utilisé, avec succès, contre le prurit les injections intraveineuses de solution de pyramidon.

UN CAS D'ACTINOMYCOSE TEMPORO-MAXILLAIRE.⁽¹⁾**Dr Albert PAQUET,**

Professeur de médecine opératoire.

L'actinomyose n'est sûrement pas aussi répandue dans nos contrées que dans les pays d'Europe. Elle y existe cependant et j'ai déjà eu l'occasion d'en observer quelques cas, sans compter ceux que j'ai méconnus et qui ont passé inaperçus.

Au mois de décembre dernier, une jeune fille de 18 ans s'est présentée à mon bureau avec une lésion de la région temporo-maxillaire, datant de 10 ans et qui ressemblait à première vue à une ostéite d'origine dentaire.

Ses antécédents héréditaires et personnels ne présentent rien de particulier. Son père et sa mère vivent encore et sont en parfaite santé. Elle a 5 frères et soeurs qui n'ont jamais souffert de maladies spéciales. Elle-même, jusqu'à l'âge de 8 ans, n'a jamais été malade, à part de légers rhumes et une rougeole avec ses caractères bénins. A ce moment un gonflement est apparu au niveau de l'angle du maxillaire, accompagné de quelques douleurs. Ce gonflement s'est constitué assez rapidement, au témoignage de ses parents, et il a toujours persisté depuis. Il n'a pas évolué cependant d'une façon régulière et uniforme.

Toutes les 5 à 6 semaines, une période aigüe se manifeste avec augmentation de la tuméfaction, des douleurs plus vives et un trismus complet. Un peu de fièvre accompagne ces accidents, et après quelques jours, la lésion se refroidit et la maladie retourne à son aspect antérieur avec son allure lente et presque silencieuse.

A 3 ou 4 reprises, des petites phlyctènes ont apparu à la peau de la région parotidienne laissant écouler de la sérosité trouble et se cicatrisant spontanément après quelques jours de durée. On n'a jamais pu y découvrir de particules solides, les grains jaunâtres qui auraient pu ajouter aux caractères de la maladie. Et malheureusement l'examen histologique qui aurait peut-être fait voir le parasite en cause et montrer sa nature n'a pas été fait pour des raisons incontrôlables.

Pendant toute la durée de cette maladie, l'état général a toujours été bon, aucun amaigrissement appréciable, aucune déperdition de forces, à tel point que les parents n'ont pas jugé à propos de consulter le médecin et ont négligé les secours de son art.

A l'examen voici ce que j'ai pu constater à l'arrivée de la malade. Tout d'abord, en regardant de loin cette tuméfaction j'ai eu l'impres-

(1)—Communication faite devant la Soc. Médicale de Québec, mars 1923.

sion de voir une lésion bizarre, différente des lésions inflammatoires ordinaires, et j'ai pensé avoir affaire à une néoplasme, un sarcôme du maxillaire. Le gonflement a son maximum au niveau de l'angle du maxillaire, il intéresse les parties molles situées immédiatement en dehors, en arrière et en dedans de lui et il vient se fusionner avec la substance de l'os qu'il englobe dans une bonne étendue. Il est dur, de consistance presque ligneuse. Deux ou trois petites cicatrices de la peau sont apparentes au niveau et au-dessous du zygom.

Un trismus intense presque absolu existe en ce moment. Ce qui empêche tout écartement des arcades dentaires, et oblige la malade à restreindre son alimentation à la diète liquide. Elle manifeste un peu de douleur et la pression cause de la sensibilité surtout en arrière. Les dents sont saines et je ne perçois aucune saillie, aucune ulcération dans la cavité buccale. Sa température est à 99.3°. Je le fais entrer à l'hôpital pour observation.

La radiographie aussitôt prise nous permet de voir un épaissement de l'os qui confirme ce que le palper nous avait déjà appris, mais ne fournit aucun autre renseignement sur la nature du mal.

A quelle maladie avons-nous affaire ?

J'ai éliminé de suite l'**ostéite** d'origine alvéolo-dentaire ainsi que les accidents liés à l'évolution de la **dent de sagesse**. Les dents sont saines, les gencives ne sont pas ulcérées, la maladie existe depuis 10 ans et aucun abcès véritable ne s'est montré durant cette longue période. Aucun trajet fistuleux n'existe. De plus l'engorgement ganglionnaire si précoce au cours de l'infection de cette nature ne montre aucune trace.

Les **tumeurs mixtes** de la parotide sont à couleurs nets, un peu mobiles. Elles laissent pendant longtemps l'intégrité des ligaments.

Le **cancer** amène la paralysie faciale précoce.

Le **sarcôme** du maxillaire pouvait en imposer dans ce cas, mais la longue évolution de la maladie, les périodes de résolution suivies de reprises nous en ont fait écarter l'idée avec sûreté.

La **sypilis** du maxillaire creuse dans la substance de l'os une cavité que la radiographie aurait montrée. Dix années d'ailleurs sont trop longues pour l'existence d'une gomme osseuse.

Restait l'**actinomyose**. Cette jeune fille, comme bien d'autres personnes à la campagne, avait l'habitude, durant les moissons, de mâchonner des brindilles de végétaux divers, des céréales en particulier. L'on sait que les actinomyces se trouvent fréquemment sur ces plantes, particulièrement sur les épis d'avoine et de blé. C'est la bouche qui sert de voie de contagion dans ces cas. Il n'est pas nécessaire que de larges ulcérations existent dans la muqueuse ou des caries aux dents. La moin-

dre écorchure, même inappréciable, suffit pour offrir une voie d'entrée.

En étudiant ce cas avec attention, j'en suis arrivé à croire qu'elle s'est infectée par ce moyen. Le parasite s'est localisé tout d'abord dans les parties molles péri-maxillaires, et c'est par la suite que l'on a été atteint et lésé par propagation directe.

Cette localisation temporo-maxillaire est de beaucoup la plus fréquente, elle est classique. Mais la longue durée, 10 ans, est certainement même parmi la forme chronique, bien rare. Poncet et Bérard relatent dans leur ouvrage sur l'actinomyose un très grand nombre d'observations; je n'en ai vu que deux ou trois où l'évolution a été aussi longue.

Pour cette raison sans doute la médication spécifique à l'iodure de potassium, reconnue si efficace dans les cas aigus et même subaigus, n'a pas donné les résultats que j'espérais. Une résolution s'est produite de la tuméfaction, mais incomplète. Dès les premiers jours je constatais une amélioration. Le gonflement diminuait, le trismus se faisait moins intense au point de permettre une légère ouverture de la bouche, la température devenait normale et je m'illusionnais jusqu'à promettre une cure complète, quand tout à coup vers le 8e jour du traitement, un nouvel épisode aigu faisait son apparition avec le tapage accoutumé.

Néanmoins, après 3 mois consacrés au traitement qui a consisté à prendre surtout de l'iodure, et deux à trois injections intra-musculaires de navo-arseno benzol, la lésion est réduite de 50 pour 100, les douleurs sont devenues nulles; les dents se séparent de 1 pouce et la malade a engraisée de 8 à 10 livres. Obtiendrons-nous une guérison totale en persistant encore? J'ose l'espérer et je soumets le cas à votre appréciation.

ERRATUM—Dans le numéro précédent, il s'est glissé une erreur typographique qu'il importe de corriger. C'est au sujet du traitement de Bacelli contre le tétanos. On lit ceci: ce traitement "consiste à injecter dans **le canal rachidien** un mélange d'acide phénique et de sulfate de soude." C'est dans "**le tissu cellulaire**" qu'il faut lire.

LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE QUÉBEC.

165^e SEANCE.

La séance est ouverte à 9.05 hres p.m., sous la présidence de M. le Docteur Arthur Leclerc, dans une salle de l'hôpital St-François d'Assise, gracieusement mise à la disposition de la Société par Messieurs les médecins et les Dames Religieuses de l'hôpital.

Sont présents Messieurs les Docteurs: Adélard Clark, Albert Drouin, J. E. Paradis, Jos. Vaillancourt, Rainville, Pichette, Courchesne, Arthur Rousseau, P. C. Dagneau, Arthur Lavoie (Sillery), J. E. Martineau, Oscar Samson, Achille Paquet, Toussignant, Albert Paquet, Arthur Vallée, Geo. Racine, René Turcot, Alex. Edge, Jos. Caouette, Odilon Leclerc, Jos. Lachance (Beauport), Gust. Beaudet, Aug. Ross (Mont-Joli), W. Verge, Adolphe Marcoux (Beauport), Geo. Ahern, Albert Jobin, Léo. Reid, Emile Fortin (Lévis), R. Demeules, Donat Chrétien, V. Darveau, Jos. Morin, Paul Dupré, Paul Marceau, Jos. Guérard, Théo. Robitaille, Geo. St. Amand, J. E. Samson (Lauson), J. E. Verreault, Jules Vallée, Bissonnette, Edmour Perron, René Plamondon.

Après quelques mots du Président annonçant qu'il y avait addition de conférences au programme, M. le Docteur Achille Paquet donne lecture de quelques observations de gastro-entérostomie:

1^o—L'Abbé G..... a souffert de son estomac avec crises douloureuses de temps en temps, ayant nécessité des injections de morphine. Le pylore est gros, la vésicule normale, mais il y a des adhérences. Gastro-entérostomie par le procédé de Hacker. Examen aux rayons X après l'opération. Estomac hypertonique, le pylore ne fonctionne pas. Six heures après il reste 1 once de liquide, et cette rétention est due au syndrome.

2^o—B....., 34 ans, malade depuis 20 ans. Depuis 2 ans, crises gastriques, brûlures, 2 heures après les repas.

Examen: Douleur au creux épigastrique. Rayons X, dilatation; atonie, gêne dans le travail de la 2^e portion du duodénum.

Laparatomie: masse indurée dans la région pylorique, pylore rétréci, dur. Gastro-entérostomie Von Hacker.

3^o—Melle X...., 29 ans. Il y a dix ans, a un ganglion trachéo-bronchique. Il y a deux ans, crises douloureuses, atonie de tout le ventre, avec énorme dilatation de l'estomac. Aux rayons X: Sclerose pylorique, dilatation.

Laparatomie: Dilatation de l'estomac, pylore épaissi. Gastro-entérostomie trans-méso-colique.

4°—M. Y....., 34 ans. A des douleurs depuis l'âge de 15 ans du côté de son estomac. Il y a cinq ans devient morphinomane. Quitte le Sanatorium au mois de septembre. Entré à l'hôpital au mois de décembre, le 29. Rayons X: adhérences du colon pelvien.

Laparatomie: Appendice edhère à l'angle sigmoïde. Au niveau de pylore il y a une masse dure fixée à la paroi postérieure. Gastro-entérostomie postérieure. L'état général s'améliore, le malade a repris 25 livres.

5°—M. Z....., 29 ans. Depuis 4 ans il a des troubles stomacaux survenant tous les trois ou quatre mois, a maigri beaucoup. Poumons suspects de tuberculose. Point douloureux épi-gastrique. Examen aux rayons X.

Laparatomie: masse pylorique allant à la petite courbure. Meurt d'inanition parce qu'il a vomi tout le temps, probablement par cercle vicieux. A l'autopsie rien de remarquable, pouvant expliquer ces vomissements.

M. le Dr. Ach. Paquet demande l'avis des chirurgiens sur le cercle vicieux.

M. le Dr. P. C. Dagneau: Il n'y a pas d'expérience personnelle du cercle vicieux. La littérature médicale ne l'a jamais édifiée à ce sujet. Il croit cependant que le tout peut être expliqué par une dilatation de tous les viscères creux, dilatation qui est sous le contrôle peu définie du sympathique.

A observé une dilatation aiguë à la suite de gastro-entérostomie pour lésion de la petite courbure, ulcère. Le malade est revenu à la santé, mais a eu une récurrence cancéreuse peu de temps après.

La gastro-entérostomie soulage le pylore, supprime les symptômes mais ne modifie pas l'ulcère et ne l'empêche pas d'évoluer vers la transformation.

* * *

M. le Docteur Albert Paquet.—Observation d'un cas d'actinomyose. Melle B...., vient consulter au mois de décembre dernier pour une lésion temporo-maxillaire. N'a pas d'antécédents héréditaires. Vers l'âge de 8 ans, survient un gonflement rapide, peu douloureux, siégeant à la région temporo-maxillaire. La tumeur a évolué par périodes d'exacerbation et de repos. Trismus intense qui a toujours persisté plus ou moins violent. De temps en temps, apparaissaient des phlytènes à liquide trouble et grains jaunâtres. Etat général bon.

Le Dr. Paquet a soupçonné une ostéite alvéolo-dentaire, à cause du gonflement à l'angle du maxillaire, du trismus très accentué, l'alimentation difficile. L'os était intéressé, et on voyait des cicatrices. Sous

observation durant quelques temps, car elle était durant une période de crise.

Rayons X: Os grossi à l'angle, parties molles plus visibles et semblant se fusionner à l'os, laissant soupçonner des kystes dans l'os. N'a jamais eu de troubles du côté des dents. Il a éliminé l'ostéite, les accidents de la dent de sagesse, les tumeurs mixtes de la parotide, le sarcôme du maxillaire.

A posé le diagnostic de l'actinomycose, parce que la lésion siégeait au point d'élection, et à cause de la longueur de l'évolution (Poncet et Bernard).

Soumise au traitement à l'iodure de potassium, amélioration rapide. Au bout de 8 ou 10 jours, nouvelle crise qui a duré 4 à 5 jours, puis a rétrocedé et 15 jours après la malade quitte l'hôpital. Chez elle, elle reçoit quelques injections d'arsénobenzol. Revue ce soir même, elle présente une amélioration de 50%.

Le Dr. Paquet demande l'avis des confrères. Il présente la malade ainsi que les radiographies.

M. le Dr. P. C. Dagneau, conseille d'associer l'iode à l'iodure de potassium.

* * *

M. le Docteur W. Verge présente l'observation d'un cas de péritonite à pneumocoques.

Enfant de 8 ans. Le 18 décembre, il souffre d'indigestion, avec sensibilité généralisée, vomissements diarrhée. Il prescrit la diète absolue, glace, laudanum. La douleur au point de MacBurney, et péritonite généralisée.

Le 20, pouls à 150, température à 98. La diarrhée augmente ainsi que les symptômes péritonéaux.

Laparatomie: liquide sans odeur colibacillaire. L'appendice est réséqué. Les jours suivants la température reste haute, troubles pulmonaires de broncho-pneumonies.

Le 19 janvier, radio donnant une collection à gauche. Ouverture suivie de drainage à gauche. Répit de quelques jours.

Le 3 février, en quelques heures (12 heures) la température monte à 104°, le pouls à 140°. Un abcès apparaît à l'épine de l'omoplate. La radiographie fait voir qu'il n'y a pas d'épanchement pleural. Quelques jours après, à la palpation on a la sensation d'une côte dénudée.

Un abcès se forme à la cuisse gauche et à la hanche droite. Les jours suivants fièvre hectique.

Convalescence: sels d'argent, toniques cardiaques, Néo-Rhomnol.

La malade présentée est en excellente condition. Le Dr. Verge insiste sur la diarrhée et sur les multiples localisations.

* * *

M. le Docteur J. E. Samson.—M. X..., 22 ans, fait une chute de 5 pieds au même moment qu'une buche lui tombe sur le sou-de-pied. Les douleurs persistent après 9 mois dans un plâtre. Fut traité durant 16 ans. On soupçonnait la tuberculose.

Vu par le Dr. Samson, en février dernier. Astragalectomie laborieuse à cause des adhérences au tibia. Le malade conserve un pied solide. Avec des mouvements de flexion et pas de mouvements de latéralité.

Melle B....., 21 ans, paralysie infantile à l'âge de 5 ans. Le membre inférieur droit est atteint avec paralysie considérable du triceps, et des muscles de la jambe moins le tendon péronier. Le membre inférieur gauche est déformé en valgus équin.

Le Dr. a transplanté le long péronier latéral sur les cunéiformes pour prévenir la déviation du pied gauche.

Puis le Docteur, après un exposé succinct de l'anatomie et de la physiologie de l'astragal, passe en revue la pathologie des pieds-bôts. Les pieds valgus sont rares, il parle surtout du pied talus, de l'astragalectomie, et ses indications.

Ostéite tuberculeuse: Doit être traitée par l'astragalectomie pour éviter une démarche difficile, douloureuse, les fistules. Luxation complète, rare: L'astragal sort de lui-même. Luxation avec fracture.

Paralysie infantile: Pied ballant; dans ce cas le résultat est excellent.

Pied varus: L'astragalectomie avec transplantation osseuse donne des résultats excellents.

Pied calcanéen et pied talus: Bons résultats.

Il cite Gangolphe comme partisan de l'astragalectomie; contre Cunéo, Tuffier.

La statistique de Whitman donne: Bons résultats, 45%; cas améliorés, 25%; pas améliorés, 15%; nuls, 15%.

Indications:—Prévenir le varus, l'équinisme, et la chute des orteils. L'astragalectomie est une opération très importante, rendant services aux infirmes.

Citation d'un article du Dr. Rendu, dans la Revue d'Orthopédie.

* * *

M. le Dr. J. E. Fortier:—Thrombus du sinus caverneux. Madame X..., 43 ans. Prédisposée rénale, mère et soeurs albuminuriques. A des troubles rénaux, elle nourrissait ses enfants. En octobre 1919 elle a un

accouchement normal. 30 heures après elle entend un bruit de souffle dans son crâne, en même temps qu'elle voit sa vue diminuer. 18 jours plus tard nouvelle attaque, vomissements, oedème des paupières, température. Les globes oculaires sont oedématiés, pupilles dilatées, conjonctives oedématiées, pas de sécrétion purulente, mais larmoieusement. Souffle systélique dans la tête. Température normale, sinus normaux. Pression artérielle 180, 130. Albumine, cylindres. Diagnostic: thrombose du sinus caverneux.

Vue dernièrement la malade est aveugle et a encore une grossesse.

Dr. Vaillancourt: Anatomie du sinus caverneux avec planches Testu. Insiste sur sa communication avec les veines de la face. L'oedème de la région mastoïdienne est le symptôme pathognomonique.

Causes:—Suite d'infection, débilité, embolie septique en général, par propagation de la face qui se fait par la veine ophtalmique ou bien par en arrière.

Diagnostic différentiel: Tumeur de l'orbite, mais alors l'exophtalmie vient lentement.

Traitement: Essayer d'enlever le trombus d'après DeMartel.

* * *

M. le Docteur Rousseau: A cause de l'heure avancée ne produit pas son travail. Félicite les médecins de l'hôpital St-François d'Assise en son nom et au nom de ses collègues de l'Hôtel-Dieu. Il parle des mycoses de la difficulté de la démonstration du diagnostic, et de la lenteur de la guérison. Relate trois observations de sporothricoses, très intéressantes par leur caractère, leur évolution, leur tenacité à ne pas répondre aux traitements classiques. Employer les iodiques à très hautes doses et très longtemps.

Le Président, M. le Dr. A. Leclerc, a des mots heureux pour féliciter et remercier les Dames Religieuses de leur hospitalité, ainsi que pour les gardes-malades et Messieurs les médecins et chirurgiens de la maison. Cette réunion, espère-t-il, laisse augurer des réunions très nombreuses. Appel aux membres présents de payer leur cotisation annuelle.

Intérêts professionnels: Dr. A. Vallée, communique une lettre de M. Jules Hones, au sujet d'un voyage d'exploration scientifique en Europe au cours de l'été prochain.

Le comité de l'Hôpital, par l'entremise du Dr. Albert Paquet, invite les membres présents à prendre un moussoux.

La séance est close à 11.45 hres p.m.

J. E. Verreault,

Sec. "pro temp."

REVUE ANALYTIQUE

PERIL CANCEREUX

(Analyse)

Le "Paris Médical" consacre tout son numéro de février 1923, à la question pleine d'actualité du cancer. Tout comme la syphilis, la tuberculose et l'alcoolisme, le cancer est un des fléaux qui déciment notre population. De ce chef, c'est une question sociale à laquelle l'état doit nécessairement s'intéresser.

Aux dires du professeur Henri Hartmann, la statistique montre que le nombre des cancéreux est beaucoup plus considérable qu'on ne le croyait, et que ce nombre augmente progressivement. La mortalité par cancer a plus que doublé en trente ans. L'auteur cite des chiffres, tirés des statistiques mortuaires des différents pays, qui prouvent la vérité de son affirmation. Le Dr Hartmann affirme de plus que le cancer serait, en réalité, plus fréquent que ne l'indiquent les statistiques.

Parmi les dernières statistiques publiées, nous citerons celle de la ville de New-York. A la suite de la campagne menée contre la tuberculose, on voit la mortalité en rapport avec cette maladie diminuer progressivement, descendre de 7,396 en 1919 à 6,243 en 1920, alors que celle du cancer continue à monter de 5,026 en 1919 à 5,361 en 1920. Pendant les six derniers mois de 1920, la mortalité du cancer a même dépassé celle de la tuberculose, 2,691 morts de cancer, 2,669 morts de tuberculose. Pour la première fois, **on a vu**, fait qu'on n'aurait jamais soupçonné il y a quelques années, **le nombre des morts causées par le cancer dépasser celui des morts causées par la tuberculose.**

CE QU'IL FAUT SAVOIR

Le nombre des cancers augmente d'année en année. Le cancer frappe indistinctement toutes les classes de la société, le riche comme le pauvre, la femme un peu plus souvent que l'homme. C'est une des causes de mort les plus fréquentes après quarante ans. **Il tue par an plus de 32,000 personnes en France.** Son incurabilité résulte le plus souvent de l'ignorance du public, qui néglige le cancer à ses débuts, parce **qu'il n'est pas douloureux dans les premières périodes de son développement.**

Opéré de bonne heure, il guérit dans un très grand nombre de cas, parce qu'au début le cancer est une maladie locale.

Malades, méfiez-vous des indurations indolores du sein, de tout suintement anormal, des ulcérations persistantes de la langue ou des lèvres, des petites tumeurs cutanées qui augmentent ou s'ulcèrent, des

troubles digestifs persistants, surtout quand ils s'accompagnent d'amaigrissement, de l'apparition de la constipation quand les garderobes étaient auparavant normales.

* * *

SIGNES PRÉCOCES DU CANCER

Cancer du sein.—Pour le cancer du sein, la dureté, l'absence d'élasticité, l'indolence à la pression, la difficulté de limiter exactement la tumeur, l'existence de quelques adhérences de celle-ci à la face profonde de la peau, adhérences qu'il faut chercher avec grand soin en comparant le pli de peau soulevé avec celui qu'on fait sur le point symétrique du sein opposé, permettent de faire le diagnostic. Si, en même temps, on trouve des ganglions dans l'aisselle, on peut être sûr du diagnostic, bien avant l'apparition de la peau d'orange bien connue.

Cancer de l'utérus.—Chez les femmes ayant passé la ménopause, la réapparition d'écoulement sanguins; chez les plus jeunes, les petites pertes de sang pendant les rapports, l'apparition, dans l'intervalle des règles, d'écoulements d'eau jaunâtre ou roussâtre, sont autant de symptômes de début du cancer, les écoulements fétides n'apparaissent que dans les cas avancés.

Cancer de l'intestin.—Les écoulements sanguins par l'anus, les envies fréquentes d'aller à la garde-robe n'aboutissant qu'à l'expulsion de petites selles liquides ou de gaz humides doivent, autant que la diminution de calibre des selles, faire penser à une lésion rectale, au cancer le plus souvent, et conduire le médecin à faire une exploration directe.

Bien des cancéreux sont soignés médicalement pour des hémorroïdes ou pour une entérite et arrivent au chirurgien porteurs d'une tumeur inopérable, parce qu'on a négligé de faire le toucher rectal en temps utile.

Le seul symptôme constipation doit mettre en éveil quand il apparaît chez un malade ayant passé quarante ans, alors que les garderobes étaient auparavant régulières. Il est alors le plus souvent en rapport avec un cancer du côlon ou du rectum, et il y a lieu de rechercher les signes de ces maladies.

Cancer de l'estomac.—Il faut penser au cancer de l'estomac chez tous les malades présentant des troubles digestifs de longue durée, surtout quand ces troubles apparaissent sans cause à quarante ou cinquante ans, chez un malade sans passé digestif. Il ne faut admettre la simple dyspepsie que lorsque l'absence de cancer est bien établie.

Pour le cancer de l'estomac, comme pour celui de l'intestin, le diagnostic peut être fait, le plus souvent, avant la constatation d'une tumeur, par la simple analyse des symptômes, aidée au besoin d'un examen radiologique.

Un diagnostic précoce, suivi d'une intervention rapide, est actuellement la condition nécessaire pour obtenir la guérison.

* * *

En face du péril cancéreux l'état s'est alarmé, et surtout en France, en Angleterre, aux Etats-Unis a créé des centres de lutte anticancéreuse, où un personnel compétent se compose principalement de:

10—Un clinicien anatomo-pathologiste;

20—Un chirurgien;

30—Un spécialiste de la radiothérapie et de la curiethérapie;

40—Un physicien ou un électricien.

Des hommes compétents, voilà bien la chose la plus importante dans une entreprise comme celle-là. On aura beau avoir, en effet, les meilleurs instruments possibles, du radium par grammes, des lampes de radiothérapie bien plus merveilleuses que celles d'Aladin, etc.; si l'on n'a pas quelqu'un pour diriger tout cela, pour l'appliquer à bon escient, sans faute, ou avec le minimum de fautes de technique, rien ne marchera. Bien pis, à la place de bienfaits, cette usine à guérir ne produira que des désastres. L'ignorant, bien armé, sème sa route d'erreurs, et l'erreur, c'est la défaite de la science. En médecine, c'est pire! Là, l'erreur coûte des vies humaines; et d'autant plus que l'erreur est mieux assortie d'appareils puissants et officiels.

* * *

Voici maintenant quelques préceptes généraux déduit de l'état actuel de la thérapeutique anticancéreuse, extraits du même numéro du "Paris Médical".

La Commission du cancer, instituée par le ministre de l'Hygiène, de l'Assistance publique et de la Prévoyance sociale, a adopté, dans sa séance du 19 janvier 1923, les conclusions d'un rapport de M. Cl. Regaud, présenté au nom de la Section thérapeutique de cette Commission.

Voici ces conclusions.

L'expérience des consultations publiques de cancéreux montre que des faits importants en pratique, et définitivement acquis, ne sont pas suffisamment connus. D'autre part, l'évolution rapide des méthodes radiothérapiques et surtout une pluie de publications nombreuses et parfois prématurées rendent confuses les indications thérapeutiques.

C'est pourquoi il paraît utile d'exprimer, en quelques propositions simples et ayant un caractère général, les règles et les renseignements susceptibles de guider tout médecin non spécialiste dans les conseils et les soins qu'il doit à ses malades cancéreux.

10—La manipulation sans précaution spéciales des tumeurs et des territoires de propagation lymphatique des néoplasmes expose les malades à un danger certain de dissémination des germes et de généralisation.

La délicatesse dans le toucher et la palpation, l'abstention de toute exploration et de toute manipulation non indispensables, une douceur particulière dans la préparation cutanée de la région à opérer et dans l'opération (précautions déjà recommandées ou mises en pratique par des médecins ou chirurgiens avisés) doivent devenir des règles.

Pour la même raison, la région où siège un néoplasme doit être protégée contre les chocs, les frottements, les mouvements inutiles ou excessifs, actifs ou passifs.

Le massage d'une tumeur, si souvent pratiqué par les malades eux-mêmes au début de leur affection (cancer du sein, tumeurs ganglionnaires) est extrêmement nuisible. On doit mettre les malades en garde contre ce danger.

Beaucoup de tumeurs malignes, en effet, sont autant ou plus diffusibles qu'un abcès ou un phlegmon; mais l'avertissement précieux de la douleur fait ici défaut.

20—L'emploi des caustiques (hormis les indications très rares de leur usage comme agents de destruction totale), et des topiques irritant (teinture d'iode, nitrate d'argent, cautères thermiques, etc.), doit être rejeté de la thérapeutique des cancers, parce que la poussée néoplasique en est ordinairement excitée.

Dans les cancers ulcérés et infectés, la désinfection doit être de préférence poursuivie par des procédés bactério-, séro- ou chimiothérapiques, ne comportant pas d'action caustique ou irritante sur les cellules.

30—En cas de diagnostic incertain, lorsqu'il s'agit d'un néoplasme superficiel, les traitements médicamenteux dits d'épreuve doivent être proscrits, parce qu'ils renseignent mal, et parce qu'ils font perdre un temps précieux.

Notamment les traitements antisiphilitiques, auxquels le soupçon ou la certitude d'une syphilis concomitante pourraient inciter le médecin, sont nuisibles et doivent être abandonnés dans la plupart des cas, notamment dans le cancer de la langue.

Quand la biopsie est possible sans inconvénient sérieux, une analyse histologique bien faite est, en cas d'incertitude, le meilleur moyen de diagnostic des néoplasmes.

Dans le cas d'une tumeur fermée, la biopsie, pour être inoffensive, exige des précautions spéciales.

Lorsqu'il s'agit de néoplasmes à leur début ou très petits, l'exérèse chirurgicale complète est souvent la meilleure des biopsies et elle a de grandes chances d'efficacité définitive.

Le temporisation doit être, en règle absolue, exclue de la médecine du cancer curable.

40—Les seuls procédés curatifs ayant actuellement fait leurs preuves sont: l'exérèse chirurgicale et la radiothérapie (foyers radioactifs, rayons X). Ce sont des procédés dont l'efficacité est exclusivement locale.

50—Les indications respectives de ces procédés de traitement, dans les cas curables, ne peuvent pas actuellement faire l'objet de préceptes durables, parce que, si la chirurgie du cancer paraît désormais bien réglée, la radiothérapie ne l'est pas encore — ses techniques et ses résultats étant en transformation continue.

D'une manière générale, on ne devra renoncer à l'exérèse chirurgicale dans une espèce et une localisation données du cancer, qu'après qu'il aura été prouvé que les procédés radiothérapiques donnent des résultats équivalents à ceux de la chirurgie; cela, non pas en considérant des cas isolés ou récents, mais en tenant compte de statistiques portant sur un nombre de cas suffisants pour exclure le hasard et après un recul de plusieurs années.

60—La décision à prendre pour chaque cas particulier doit non seulement être fondée sur les possibilités acquises dans l'état actuel de la science, mais encore tenir le compte le plus grand de la valeur comparée des moyens matériels et des personnes qui seraient, dans le cas envisagé, chargées d'exécuter tel traitement ou tel autre.

Cette décision doit être prise par une personne au courant de l'état actuel des techniques de traitement et des résultats auxquels elles sont parvenues dans les diverses formes et localisations de cancer.

70—Il y a dans la chirurgie d'exérèse des cancers des règles particulières qui, sans constituer nullement une chirurgie spéciale, exigent de l'opérateur certaines connaissances pathologiques et certaines habitudes opératoires.

Les principales règles de la chirurgie du cancer sont la conséquence des principes suivants: nécessité d'enlever le néoplasme entièrement et totalement, généralement en un seul temps, avec son territoire d'in-

vasion lymphatique; nécessité d'éviter les ensemencements (asepsie cellulaire).

Nul n'a le droit moralement d'opérer un cancer, s'il n'est en état de satisfaire à ces exigences par ses connaissances et son habileté.

80—La cure d'un cancer par les radiations, quand elle est possible, est une chose difficile. Elle ne doit être entreprise que par une personne en possession non seulement de l'instrumentation spéciale qui est nécessaire dans chaque cas particulier, mais encore de l'expérience technique et clinique de ce genre de traitement.

La radiothérapie des affections cancéreuses ne peut être bien faite que par des médecins, chirurgiens ou radiologistes, ayant fait un apprentissage spécial des méthodes radiothérapiques.

90—La curiethérapie du cancer, quand elle est indiquée, exige l'emploi de foyers radioactifs dont le nombre et la teneur ne doivent pas dépasser des maxima et des minima—d'ailleurs très différents selon les cas.

La possession de quelques aiguilles, d'un ou deux tubes de radium, ne légitime donc pas qu'on entreprenne le traitement de cancers.

Il n'y a pas de tube de radium "omnibus".

Malgré la simplicité et la maniabilité de son matériel, malgré la facilité trompeuse de son manuel opératoire, la curiethérapie elle-même est difficile: d'abord en raison des connaissances physiques, biologiques et pathologiques qu'elle exige, ensuite à cause de l'évolution non terminée de ses règles fondamentales et de ses techniques dans le plus grand nombre des cas.

100—La roentgenthérapie du cancer, quand elle est indiquée, exige l'emploi d'appareillages qui, pour presque tous les cas, doivent être fort différents de ceux qui conviennent pour le radiodiagnostic.

La technique et la conduite du traitement roentgenthérapique des cancers ne sont généralement pas semblables à celles qui conviennent aux affections non néoplasiques.

110—Au moyen d'irradiations partielles, on n'obtient jamais la guérison d'un cancer, mais on l'aggrave ordinairement. On n'obtient généralement pas davantage la guérison par des doses de rayons insuffisantes, fractionnées, espacées et distribuées dans un long temps.

120—La radiothérapie palliative du cancer incurable est moins simple qu'elle ne le paraît, à cause de la nocivité des irradiations partielles, fractionnées et répétées, qui trop souvent sont alors seules possibles.

130—Les procédés de traitement du cancer devant, dans de nombreux cas, être combinés ou associés dans un certain ordre, il est désirable que les indications thérapeutiques soient établies par collaboration entre chirurgiens et radiothérapeutes.

140—L'analyse histologique n'a pas qu'une importance scientifique; elle n'est pas seulement nécessaire pour assurer, dans les cas douteux, un diagnostic de néoplasme. Elle a souvent une grande utilité pour le pronostic d'un traitement radiothérapique et pour sa technique. Par conséquent, on ne doit jamais la négliger.

Lorsque l'exérèse chirurgicale est le premier acte du traitement et même quand on espère qu'il restera le seul, la préparation et la conservation du document histologique sont un droit pour le malade et un devoir pour le chirurgien.

150—Il n'existe pas à l'heure actuelle de médication générale susceptible d'arrêter le développement d'un cancer vrai, **a fortiori** de le faire rétrocéder d'une façon durable et de le guérir.

Parmi les médicaments préconisés contre les processus cancéreux à titre palliatif et actuellement usités, il en est qui sont inoffensifs, d'autres qui sont suspects, d'autres qui sont nuisibles.

Il est désirable qu'un contrôle scientifique soit établi, pour renseigner impartialement les médecins sur ce sujet.

160—La guerre aux charlatans de tous ordres qui exploitent les cancéreux serait un bienfait pour les malades et les médecins. Il est très désirable qu'elle soit entreprise avec vigueur et poursuivie avec persévérance par les pouvoirs publics, les sociétés savantes et les associations de médecins, en utilisant, si possible, les services de la presse.

170—La complexité, le caractère spécial, le prix élevé et la difficulté d'application des moyens de traitement du cancer, la forme collective ou coopérative que revêt de plus en plus cette thérapeutique sont des motifs puissants en faveur de l'organisation en France de centres de lutte et de thérapeutique anticancéreuses.

Ces centres doivent être avant tout parfaitement pourvus en moyens matériels, et en personnel. En créer d'emblée un grand nombre est, pour le moment, d'une importance secondaire, et cela serait vraisemblablement nuisible, parce qu'on ne pourrait pas donner à tous des moyens suffisants.

AMERICAN MACHINIST

322, CRAIG OUEST, MONTREAL.

Galvanoplastie — Instruments de Chirurgie.

GARE AUX MOUCHES

La mouche... voilà l'ennemi. La mouche est un insecte dangereux qu'il convient de détruire. Elle joue un rôle néfaste en tant qu'agents de propagation de multiples maladies contagieuses en tête desquelles il y a lieu de noter la tuberculose, la diarrhée infantile, la dysenterie, la fièvre typhoïde, etc.

C'est surtout sur les matières organiques en décomposition, en particulier sur les fumiers et les tas d'immondices, au voisinage des fosses d'aisances, etc. que les mouches ont coutume de pondre. La malpropreté les attire.

C'est pourquoi, durant la saison estivale, une fois par mois, on ferait bien de répandre dans les fosses d'aisances environ 50 cmc de pétrole par mètre superficiel. La destruction des oeufs et les larves est la mesure essentielle.

Il ne faut oublier que la mouche est d'une fécondité extraordinaire : une mouche fait facilement souche d'un million d'individus au moins. Dans la lutte contre elle, il importe donc de l'attaquer de bonne heure au printemps.

Pour se défendre contre les mouches, il est nécessaire :

10—D'empêcher qu'elles n'entrent dans les maisons, spécialement dans les cuisines, en mettant aux portes et aux fenêtres des stores ou des filets métalliques ;

20—Quand on prépare les mets, éloigner immédiatement les résidus de cuisine (épluchures de légumes, etc.) Le seau à ordures sera muni d'un couvercle et maintenu clos ;

30—Conserver les restes ou les plats dans une dépense ou dans un garde-manger en toile métallique ;

40—Laver le pavé de la cuisine au moins une fois par jour avec de l'eau chaude et un peu de soude ;

50—Tenir autant que possible loin de la maison et surtout de la cuisine, les animaux pouvant souiller les parquets, ce qui attire les mouches ;

60—Tenir scrupuleusement propres les **cabinets d'aisances** en lavant l'intérieur du siège et le pavé, au moins une fois par jour. Pour les cabinets d'ancien système, sans chasse d'eau, répandre sur le pavé, une fois par semaine, du lait de chaux, et une fois par an verser dans le tuyau un litre de pétrole ;

70—Tenir en état de propreté les terrains et les cours, les petits jardins, ne jamais en faire des dépôts, même temporaires, des rebuts de la maison. Pour les habitations à la campagne, recueillir les immondi-

ces et les mettre dans une fosse fermée située loin de la demeure. Au moins deux fois par semaine verser dans la fosse du lait de chaux;

80—Donner aux enfants l'habitude de la propreté personnelle. Les protéger pendant leur sommeil, dans la saison chaude, par des moustiquaires;

90—Empêcher les mouches de pénétrer dans les chambres des malades. Mettre aux portes et aux fenêtres des toiles métalliques, des moustiquaires au lit, désinfecter les selles, les crachats, le linge sale.

Tel est **“le décalogue de la défense contre les mouches”**, que le Dr Loir recommande de mettre en pratique. Ce sont des instructions pratiques.

DESTRUCTION DES MOUCHES.

La destruction des mouches adultes dans les locaux où elles ont pénétré peut être obtenue par plusieurs moyens:

a)—Mettre dans un vase métallique qu'on place sur un feu doux du crésyl à raison de 5 grammes de crésyl par mètre cube d'air.

Fermer hermétiquement les portes et fenêtres en collant du papier sur les jointures, laisser agir les vapeurs produites pendant six heures.

Faire usage d'un vase à bord élevé pour éviter que le feu n'enflamme les vapeurs de crésyl.

Si ce procédé est susceptible de détruire toutes les mouches présentes dans la pièce, il va de soi qu'il devra être renouvelé fréquemment.

Le même résultat peut être obtenu en faisant brûler avec les mêmes précautions 50 grammes de soufre par mètre cube d'air.

b)—On peut user également du papier tue-mouches selon la formule suivante, facile à préparer et peu coûteuse: faire macérer pendant dix heures 250 grammes de copeaux de quassia amara, dans un litre d'eau; ajouter 25 grammes de mélasse, faire évaporer le liquide jusqu'à réduction d'un quart du volume primitif; verser une petite quantité dans une assiette dont le fond est occupé par une feuille de papier buvard.

c)—On obtient de bons résultats en disposant des assiettes qui contiendront la solution suivante:

Eau	50 centimètres cubes.
Lait	25 “ “
Sucre	10 “ “
Formol	15 “ “

Ces deux derniers procédés permettant parfois à la mouche d'aller mourir à quelques mètres, ne devront pas être employés partout où l'on prépare des aliments.

Une autre formule de glu pour papier attrape-mouches est la suivante: Huile de ricin, 5 parties, Résine, 8 parties.

Bien assurer le mélange en le portant jusqu'à l'ébullition.

d)—Il y a lieu de rappeler également l'emploi de bouteilles spéciales en vente un peu partout.

e)—On a recommandé encore de tendre des tresses d'étoffe blanche enduites de glu parallèlement au plafond.

f)—La poudre de pyrèthre fraîche sera répandue à l'aide de soufflets appropriés sur les parois, planchers, meubles, etc. On pourra également l'utiliser en brûlant dans la pièce sur une plaque de tôle, 5 grammes de poudre par mètre cube. Les mouches, étourdies mais non mortes, seront ramassées au balai et brûlées.

Tél. 1270.

Tél. soir 1140

La Cie

d'Imprimerie Commerciale

Limitée

IMPRIMEURS
et RELIEURS

SYSTEME A FEUILLETS MOBILES
DE TOUS GENRES

**21, Rue Sault-au-Matelot,
QUEBEC.**

NUXALBYN

Tonique souverain

pour adultes et enfants.

Chaque once fluide contient:

Neucleinate32 grs.

Glycérophosphate de
quinine 4 "

Strychine8/100 "

Cascara Sagrada.. ..20 "

Extrait de malt60 "

Adultes—Une cuillerée à dessert
après chaque repas.

Enfants—Une cuillerée à thé.

Correspondance
respectueusement sollicitée.

**MOWATT & MODRE
LIMITED**

**100-103, Place Burnside,
MONTREAL.**

LA TOUX BITONALE

“Dans “La Medecine” (Août 1922), le professeur A. B. Marfan, a attiré l'attention sur un symptôme de la tuberculose des ganglions trachéo-bronchiques des jeunes enfants: la toux bitonale.

Cette toux, dit-il, est un symptôme très utile à connaître et pour le diagnostic et même pour le pronostic de l'adénopathie trachéo-bronchique; c'est pourquoi nous en dirons un mot.

La toux ordinaire est formé par un seul bruit. La toux bitonale est composé de deux bruits distincts, dissonants, se produisant en même temps; l'un est un peu plus grave et comme voilé; l'autre est plus élevé et a quelque chose de chantant et de cassé; on dirait qu'ils sont émis simultanément par deux larynx différents. Cette toux peut être prise pour une vulgaire toux rauque par un observateur non prévu; une oreille avertie discernera tout de suite qu'elle est formée de deux bruits distincts. La toux bitonale est rarement quinteuse; elle ne se prolonge pas; elle procède par deux ou trois coups au plus.

Chez l'enfant du premier âge, la toux bitonale est toujours le symptôme d'une tuberculose des ganglions bronchiques. C'est ce que prouve la cuti-réaction à la tuberculine toujours positive chez les sujets qui la font entendre; c'est ce que démontrent aussi les examens radioscopiques et les autopsies quand on peut les pratiquer. Elle a donc une valeur considérable pour le diagnostic.

Dans certaines formes occultes ou larvées de l'adénopathie, la toux bitonale peut être un signe révélateur; au cours d'une broncho-pneumonie, ou d'une diarrhée d'apparence commune, au moment d'une poussée d'amaigrissement et de polyadénie avec état subfébrile, au cours d'un rachitisme d'apparence vulgaire, mais dont la cause reste obscure, la perception de la toux bitonale vient montrer la vraie nature des accidents; elle permet de porter le diagnostic de tuberculose des ganglions trachéo-bronchiques, que confirment la cuti-réaction, la marche ultérieure et l'autopsie.

Cette toux bitonale, tantôt persiste jusqu'à la mort, tantôt est transitoire, tantôt est permanente. Comment cela s'explique-t-il? De la manière suivante. Cette toux bitonale est un symptôme de compres-

sion. Elle est donc sujette à varier comme cette compression elle-même. La compression d'un organe du médiastin par un ganglion tuberculeux dépend sans doute du siège de celui-ci; mais elle dépend aussi de son volume. Or, ce volume augmente ou diminue suivant les formes et les vicissitudes de la tuberculose ganglionnaire. Si celle-ci est progressive, la toux bitonale persiste jusqu'à la mort. Mais, dans les adénites bacillaires, à la suite des poussées aiguës, le volume du ganglion diminue, et la compression devient moins forte, d'où la disparition de la toux bitonale.

Ainsi, dans le premier âge, non seulement la toux bitonale est un signe certain de tuberculose des ganglions bronchiques, mais encore elle permet d'affirmer que ces ganglions exercent une compression sur certains organes du médiastin; elle révèle une forme comprimante d'adénopathie et par là elle a une haute signification pour le pronostic. En effet, ces formes comprimantes sont toujours graves; elles sont souvent progressives; elles s'étendent et se généralisent. Toutefois la tuberculose des ganglions bronchiques qui se révèle par la toux bitonale est susceptible de rétrocéder et d'entrer en repos. C'est une évolution qui n'est pas exceptionnelle quand l'enfant a passé le terme de la première année.

**INFECTIONS ET TOUTES
SEPTICEMIES**

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

....LABORATOIRE COUTURIEUX....

18, Avenue Hoche, Paris.

Traitement LANTOL
— PAR LE —

Rhodium B. Colloïdal
électrique

AMPOULES DE 3 C'M.

LA REACTION POST-ADRENALITIQUE DANS LE PRONOSTIC

Dans le "Paris Médical" (9 sept. 1922), le Dr Sévérin Sterling, de Lodz, publie un travail sur la réaction post-adréналitique. Nous en extrayons les lignes suivantes:

La réaction générale qui se produit après l'introduction de l'adrénaline constitue en effet un signe important dans le pronostic de certaines maladies infectieuses. Ce rôle est tout à fait indépendant de la valeur curative de l'adrénaline.

Les probabilités du pronostic se dégagent déjà après la première et unique application d'adrénaline. En employant l'adrénaline depuis un certain nombre d'années, le Dr S. S. a constaté que dans les cas où ce médicament provoque une réaction nette et, à plus forte raison, quand la réaction est très forte, l'issue de la maladie sera favorable, malgré le pronostic fâcheux établi sur la base des phénomènes cliniques. Très fréquemment il avait la possibilité de constater ce fait clinique au cours de l'épidémie de grippe. Dans plusieurs dizaines de cas très graves avec des complications pleuro-pulmonaires, de si mauvaise réputation, il a pu affirmer catégoriquement un pronostic favorable, à cause d'une réaction très vive, produite par l'introduction de l'adrénaline.

Quelques minutes après l'injection hypodermique de l'adrénaline (1 centimètre cube de la solution à 1 p. 1000), nous pouvons habituellement remarquer, dit-il, une certaine pâleur de la face, parfois des battements du coeur, des pulsations des artères temporales, et des tremblements des mains, une accélération du pouls de 10 ou de 20 battements et une petite augmentation de la pression artérielle. Chez certains individus nous n'observons pas du tout de réaction à l'adrénaline; chez d'autres malades, par contre, toutes les manifestations énumérées ci-dessus sont renforcées: les battements de coeur sont très prononcés; les malades ont une sensation d'oppression, de peur; on note des frissons très forts, une accélération notable du pouls (de 30 à 60 battements), une augmentation très grande de la tension artérielle, allant jusqu'à 200 millimètres Hg et plus. On observe parfois des cas avec un ralentissement du pouls; la cause réside dans l'irritation du centre du pneumogastrique par la haute tension artérielle. Cette réaction formidable inquiète le malade, effraye l'entourage, si le médecin ne la prédit pas et n'explique pas sa signification favorable. Dans tous les cas de grippe, où l'administration de l'adrénaline produisait cette réaction énergique, j'avais émis un pronostic favorable. Cette constatation recueillie par moi pendant la grippe, a été confirmée ensuite dans des cas graves de pneumonie croupale et dernièrement dans une épidémie de dothiéntérie.

Il est évident que le pronostic basé sur cette réaction de la capacité cardiaque est en dehors des conséquences d'une complication telle que le traumatisme mécanique de la surface malade de la muqueuse intestinale, c'est-à-dire des grosses hémorragies intestinales.

STOMATITE BISMUTHIQUE.

A la suite des expériences de Sazerac et Levaditi, le bismuth a été largement utilisé pour le traitement de la syphilis. L'inconvénient le plus fréquent de cette médication est la stomatite, bien étudiée par Azoulay (1).

Le liséré gingival est le premier signe d'imprégnation. Il se produit à son début surtout au niveau de la gencive inférieure, formant autour du collet des dents, en progressant des incisives vers les molaires, un encadrement gris bleuté discret et fin. Il peut exister dans le sillon gingivo-labial inférieur de fines stries bleutées verticales. Enfin on peut observer sur la muqueuse jugale ou labiale un véritable tatouage irrégulier de laques grises noirâtre. Sur la langue, tantôt les bords sont occupés, au niveau des points en rapport avec les dents, par de fines stries bleutées verticales, tantôt la langue devient bleutée sur toute sa surface. Le liséré peut persister plusieurs mois après la fin du traitement.

Sous l'influence de doses nouvelles de bismuth, des ulcérations peuvent apparaître. La salivation et la fétidité sont tardives et toujours moins marquées que dans la stomatite mercurielle.

Les lésions présentent progressivement les formes érythémato-pul-tacée, ulcéreuse, pseudo-membraneuse. Elles affectent à leur début les mêmes types cliniques que la stomatite mercurielle. On observe aussi de la stomatite du sillon gingivo-labial inférieur.

A ces formes de début peut succéder une période plus aiguë.

A. La stomatite partielle caractérisée par l'inflammation de la muqueuse, surtout aux lieux d'élection, et aussi par l'adénopathie sous-maxillaire et parotidienne. Les signes fonctionnels sont peu accusés; la température n'atteint pas 38°. Il existe une polyurie marquée avec granulations noirâtres se déposant par suite de fermentations au fond du bocal. La salive contient une quantité notable de bismuth.

B. La stomatite moyenne généralisée succède d'ordinaire à la forme précédente. Les ulcérations, recouvertes d'une membrane pseu-

(1) R. Azoulay, Stomatite bismuthique (Presse médicale, 15 février, 1922).

do-diphtéroïde grisâtre, siègent sur les gencives, la muqueuse génienne et sur la langue. Adénopathie plus marquée, parotide un peu douloureuse, léger trismus, douleur assez vive, fièvre peu élevée, état général peu atteint.

C. La stomatite grave, jamais observée par Azoulay au cours de traitements antisyphilitiques, a été étudiée expérimentalement chez le chien.

Le pronostic est donc, sauf intoxication massive, bénin.

NOTES D'OBSTÉTRIQUE

EXPECTATIVE DANS L'ECLAMPSIE.

Le Dr Lichtenstein fait connaître dans *Archiv für Gyn.* les résultats de son expérience depuis 10 ans. Le traitement préconisé par cet auteur a pour éléments essentiels la saignée (première saignée abondante: 500 grammes au moins), la morphine (remplacée actuellement par le pantapon moins nocif pour le fœtus), enfin l'intervention obstétricale à dilatation complète. Ce traitement a donné, pour 316 cas, les résultats suivants: mortalité globale, 27 (soit 8.5%) comprenant: pour 80 cas d'éclampsie durant la grossesse, 4 morts (5%); pour 174 cas d'éclampsie durant l'accouchement, 20 morts (11.4%); pour 62 cas d'éclampsie après l'accouchement, 3 morts (4.8%).

A cette statistique s'opposent les résultats obtenus avec intervention chirurgicale donnant, comme proportion de mortalité, les chiffres suivants: mortalité globale, 18.5%; durant la grossesse 28.5%; durant l'accouchement 12.6%; et après l'accouchement 27.1%.

La vie fœtale sera également mieux protégée par le traitement que préconise l'auteur; sur 341 enfants nés de 316 accouchements, par suite de la forte proportion des jumeaux, il écarte 63 enfants nés dans 62 cas d'éclampsie survenant après l'accouchement et il note, sur 278 enfants qui restent, 38 morts, soit 18.8%, tandis que la mortalité fœtale donnée par l'intervention active serait de 36%.

Enfin, Lichtenstein rappelle qu'il faut, en outre, faire intervenir en faveur du traitement par l'expectative l'absence de lésions maternelles et fœtales qui, sans entraîner la mort, comportent un sérieux élément de gravité au point de vue fonctionnel. — (*Revue Fr. de Gyn. et d'Obst.*, fév. 1923).

Montaigne disait des médecins:

"Le soleil éclaire leurs succès, la terre recouvre leurs fautes."

* * *

A PROPOS DE PITUITRINE.

Comme les préparations hypophysaires sont d'un emploi fréquent en obstétrique, il est bon d'en faire connaître les indications, afin d'éviter les accidents. Selon le Dr Léon Pouliot, une autorité en la matière, les indications seraient les suivantes:

“Bassin normal, présentation longitudinale du fœtus complètement engagée, col souple, segment inférieur très aminci, musculature utérine non affaiblie par de nombreuses grossesses ou par une opération césarienne antérieure, absence de toute complication cardiaque ou rénale, enfin inertie utérine caractérisée, telles sont les conditions indispensables de toute injection d'hypophyse au cours du travail.”

Le Dr. L. Pouliot termine son article, paru dans “La Revue Française de Gyn. et d'Obst.”, (mars 1923), par les lignes suivantes:

Il serait téméraire de notre part de prendre les termes suivants, à notre compte, mais on nous pardonnera d'emprunter à Rouvier cette formule que lui permettent et son âge et son autorité: “Les extraits d'hypophyse ne sont un médicament dangereux que pour ceux qui ne savent pas s'en servir.”

SUR LES HEMORRHAGIES INTRA-CRANIENNES DES NOUVEAUX-NES.

Dans deux cas, Henkel a observé, à l'autopsie, une hémorragie intra-crânienne alors qu'il n'y avait eu aucune intervention opératoire et que le bassin était normal; dans deux cas, on n'avait pas entendu subitement les bruits du cœur fœtal à la fin de la période d'expulsion. L'asphyxie paraissait la seule cause de l'hémorragie intra-crânienne, et Henkel critique la théorie trop absolue qui invoque comme cause de ces hémorragies le traumatisme. Analysant les 12 cas d'hémorragie intra-crânienne qu'il a observés, il note seulement 3 applications de forceps qui furent d'ailleurs faciles et ne devaient pas être nocives par elles-mêmes, alors qu'elles étaient d'ailleurs faites après diagnostic de souffrance fœtale; dans les 9 autres cas, l'hémorragie intra-crânienne était encore plus nettement en rapport avec l'asphyxie fœtale. L'auteur préconise de ne pas attendre cette asphyxie pour intervenir par forceps et, souvent, plus simplement par épisiotomie.—(Fec. Fr. de Gyn. et d'Obst., fév. 1923).

LE CENTENAIRE DE PASTEUR A PARIS ET A STRASBOURG.

Cette glorieuse commémoration s'annonce à Strasbourg comme une manifestation grandiose. Le gouvernement français, après avoir approuvé l'initiative prise par l'Université et la ville de Strasbourg, en accord avec la famille de Pasteur, a décidé en effet de fêter avec le plus grand éclat le centenaire de l'illustre savant à Strasbourg, là où il a commencé sa carrière scientifique.

Programme des fêtes à Paris.—L'ouverture des fêtes nationales aura lieu le 25 mai au matin.

Jeudi, 24 mai: Dans la soirée, arrivée des délégués étrangers.

Vendredi 25: Visite du tombeau de Pasteur, réception à la Sorbonne.

Samedi 26: Cérémonie à l'Ecole normale, banquet à midi, réception à l'Institut de France le soir.

Dimanche 27: Visite à Versailles ou à Chantilly. Le soir, gala à l'Opéra.

Lundi 28: Réception à l'Hôtel de Ville.

Mardi 29: Visite à Reims de tous les délégués.

Mercredi 30: Visite à Verdun.

Jeudi: Arrivée à Strasbourg.

Itinéraire du voyage du Président de la République.—Samedi 26: Dôle; dimanche 27; Arbois; lundi 28: Besançon.

Mardi 29: Mulhouse.

Mercredi 30: Colmar.

Jeudi 31: Strasbourg où s'opérera la conjonction des délégués et du Président de la République.

La manifestation de Strasbourg.—Le programme de cette manifestation comporte:

1°—Le 1er juin, l'inauguration solennelle du monument élevé à la gloire de Pasteur sur la place de l'Université;

2°—La création d'un musée d'hygiène destiné à perpétuer la mémoire de Pasteur et de ses découvertes et à montrer par une leçon de choses le développement de la science bactériologique qui a pris naissance à Strasbourg;

3°—L'ouverture d'une Exposition internationale, dite du Centenaire de Pasteur, qui aura pour but essentiel de mettre en évidence toutes les conséquences de l'oeuvre de Pasteur dans le domaine de la médecine, de l'hygiène, de l'industrie et de l'agriculture.

VARIETES

DESTRUCTION DES RATS AU MOYEN D'UN VERNIS

(Howarth. Ann. de Méd. et de Pharm. Coloniales, 1921 No. 3)

L'auteur utilise du vernis lithographique épais chauffé suffisamment pour pouvoir être étendu en couche assez épaisses sur des feuilles de carton. On laisse sur ces feuilles une marge sans vernis et l'on place l'appât au centre de la feuille; il y adhère facilement grâce à ce vernis. On dépose ces feuilles au voisinage des trous de rats qui, attirés par l'appât, montent sur le carton. Leurs pattes adhèrent au vernis et s'y fixent d'autant plus fort que l'animal s'agite plus violemment. Tout animal capturé dans la nuit, meurt toujours dans la matinée. L'appareil peut servir pendant 4 jours environ.

CONTRE LES MOUSTIQUES

Les moustiques ne manquent pas d'ennuyer quelquefois les pêcheurs.

M. Thierry nous fait connaître un procédé efficace pour faire disparaître en quelques instants tous les effets des piqûres des fâcheux insectes.

Il suffit, aussitôt qu'on ressent la piqure, de laver celle-ci et la région avoisinante avec l'eau de javel du commerce pure.

En moins de 5 à 6 minutes, toute démangeaison disparaît et aussi toute enflure.

Traitement des AFFECTIONS VEINEUSES***Veinosine***

Comprimés à base d'*Hypophyse* et de *Thyroïde* en proportions judicieuses d'*Hamamélis*, de *Marron d'Inde* et de *Citrate de Soude*.

DÉPOT GÉNÉRAL : **P. LEBEAULT & C^{ie}**, 5, Rue Bourg-l'Abbé, PARIS

Dépôt général pour le Canada: ROUGIER FRERES, 210, rue Lemoine, Montréal.

ALBUM MEDICAL

“La réaction de Wassermann, malgré sa valeur, ne peut plus être considérée comme un signe de certitude absolue.”—Drs Gaujoux et Foulquier.

Desfossès, dans un récent article (La Presse Médicale, oct. 1922), inspiré des discours présidentiels de Milner au Congrès Américain de Médecine (avril 1922) et de Vidal au congrès français de médecine (oct. 1922), signale fort justement que le laboratoire, s'il a déterminé des progrès cliniques indéniables, n'est certes pas exempt d'erreur et risque, quand on lui donne une confiance excessive, d'atrophier ou de détruire le sens clinique en sapant du même coup la confiance que le médecin a en lui-même et la confiance que le malade a dans la science de son médecin.

* * *

La médecine et les médecins, qui furent l'objet de railleries séculaires, ne cessent de monter, et cela bien justement dans l'estime générale.

Bien entendu tous les praticiens n'ont pas encore atteint le niveau idéal que leur réserve la science dont ils se réclament. Pourtant l'élite, qui grandit tous les jours, donne des espérances radieuses en ce qui concerne la valeur future de la corporation médicale.

* * *

“Bon vin n'a pas besoin d'enseigne”.—Proverbe.

* * *

Le médecin doit toujours avoir une tenue correcte. Il vaut mieux faire envie que pitié.

Sans doute, un vieux médecin, dont la réputation est faite, peut se permettre certaines libertés à cet égard; mais jamais un jeune ne doit se tenir en tenue négligée.

* * *

Pensée d'un vieillard-médecin,—sur la **vie**: “Cette coquine que nous aimons, disait Casanova, à laquelle nous accordons à la fin toutes les conditions qu'elle nous impose, pourvu qu'elle ne nous quitte pas.

* * *

“Le malade ne digère bien que ce qu'il mange avec appétit.”—
Brillat-Savarin.

* * *