

Le Journal de Medecine et de Chirurgie Montréal, Canada

Paraissant les 2ième et 4ième Samedis de chaque mois.

SOMMAIRE

Discours d'ouverture du Professeur Guérin...	308
Le lait pur, Dr Adrien Loir...	310
Lésions du mamelon pendant l'allaitement, Dr Rudaux...	311
Chronique Médicale, E. St Jacques...	313
L'Acné — Son traitement, Dr Pigeaud...	314
Lettre de Paris...	316
Utilité du traitement mercuriel dans la syphi- lis du système et en particulier dans la tabès...	317
Réponses aux correspondants...	320
Etude faite au laboratoire Biologique du Radium...	321
L'enseignement supérieur en Algérie...	323

TUBERCULOSES

AFFECTIONS BRONCHO-PULMONAIRES

Grippe, Scrofule, Rachitisme

SOLUTION PAUTAUBERGE

au Chlorhydro-Phosphate de Chaux créosoté
10 centigrammes de Créosote et 50 cent. de Sel de Chaux par cuillerée à potage.

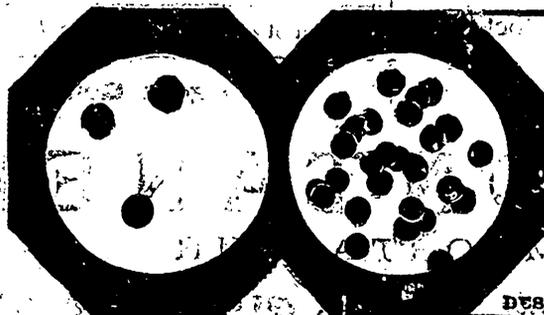
La mieux tolérée des Préparations créosotées

ANTICATARRHALE et ANTISEPTIQUE
EUPEPTIQUE et RECONSTITUANTE

Employée avec succès depuis 23 ans dans les
Hôpitaux de Paris et par tout le monde médical français.

Tout particulièrement recommandée chez les
Enfants de Constitution délicate, sujets aux
rhumes et bronchites, pour prévenir la TUBERCULOSE.

L. PAUTAUBERGE, SOURCEVOIE-PARIS.
CANADA: LYMAN, SONS & Co. MONTREAL.
AGENTS ETATS-UNIS: Geo. J. WALLAU, Inc. 2 & 4 Stone St. NEW-YORK



HEMOGLOBINE DESCHIENS

OXYDASES, FER VITALISÉ

ANÉMIE, TUBERCULOSE
NEURASTHÉNIE, CHLOROSE

Remplace la viande crue

Sirop 1 cuill. à soupe à chaque repas.
Vin, Granulé, Dragées (4⁵),

DESCHIENS, 9, Rue Paul-Baudry, PARIS 14^e

Discours d'ouverture du Professeur Guerin

Messieurs,

Encore une fois nous assistons à l'ouverture d'une année nouvelle. Si je puis juger d'après les apparences vous m'avez l'air bien déterminés à endosser les grandes responsabilités qui pèsent sur vos épaules. La perspective de devenir médecin n'est pas des plus ordinaires, et rappelez-vous qu'il vous faudra de l'assiduité et beaucoup de travail ; rappelez-vous aussi que vous êtes appelés à une profession qui ne peut que vous élever. Or vous ne devrez pas employer votre temps à des loisirs qui ne sauraient compter pour plus tard. Tout vous est possible, mais vous ne serez quelqu'un que par vos capacités et votre ambition.

Vous nous arrivez du collège après avoir fait, la plupart d'entre vous, un cours classique qui a déjà enrichi beaucoup votre esprit. Vous nous arrivez avec la connaissance de plusieurs langues qui vous seront très utiles. Vous avez cultivé la philosophie qui vous a appris à raisonner, qui a dirigé votre intelligence vers la recherche du vrai et votre volonté vers l'amour du bien ; la philosophie qui vous a éclairés sur vos devoirs vis-à-vis vous-mêmes et vis-à-vis vos semblables. Continuez à perfectionner cette instruction et n'allez pas écouter ceux qui vous diront qu'elle n'est pas assez scientifique. La vraie science est celle qui reconnaît l'existence de Dieu et qui ne rapporte pas tout à la matière.

Lorsque je vois de mes élèves qui une fois à l'étranger perdent la foi, pour se laisser entraîner par le matérialisme, je me demande si ces gens ne perdent pas en même temps la raison.

Poursuivez donc ces études, afin de devenir des citoyens bons et capables, mais aussi ayez de l'am-

bition. Ayez cette ambition légitime qui vous fera poursuivre avec ardeur le but à atteindre et qui stimulera votre travail et votre talent. Car si vous n'êtes pas tous également doués, vous pouvez tous au moins avoir de l'ambition et surtout cette dernière triomphera alors que le talent restera impuissant. La Fontaine nous a illustré cette vérité dans la fable du "Lièvre et de la Tortue". Cette dernière avait pour elle l'ambition, le premier comptait sur sa vitesse. Inutile de vous rappeler l'issue de la course. Les examens du printemps dernier nous ont fait voir des lièvres honteux de leur échec et des tortues toutes joyeuses de leur succès.

Vous nous arrivez aussi avec certaines connaissances médicales. Vous avez appris la chimie, la physiologie, l'anatomie et sur ces bases nécessaires vous avez commencé à édifier votre avenir médical. A l'Hôpital appartient la tâche de vous aider à continuer et à vous perfectionner. Car c'est ici que vous apprendrez à devenir médecin. C'est à l'Hôpital que vous mettrez en application la théorie apprise à l'Université. C'est au lit du malade que se fera votre vraie formation. C'est là que vous développerez et mettrez au service de votre jugement tous vos sens, la vue, le toucher, l'ouïe qui, par l'intermédiaire de l'auscultation, vous permettra de connaître des lésions internes qu'il vous aurait été impossible de découvrir autrement.

Hier encore, l'Hôpital était le seul endroit où l'étudiant pouvait compléter ses études médicales. Aujourd'hui nous avons en plus le laboratoire ou nous pouvons constater le caractère pathologique et le facteur étiologique de certaines maladies. Cependant il ne faudra pas oublier que le laboratoire ne sert le plus souvent qu'à confirmer ce qui a été établi par la clinique.

Agent de diagnostic, le laboratoire est aussi un agent de thérapeutique.

Pasteur fut le vrai fondateur de la pathologie moderne et à lui revient l'honneur de nous avoir ouvert des horizons insoupçonnés sur les processus morbides. Il révolutionna, pour ainsi dire la pathogénie des maladies aiguës ou infectieuses. Jenner, il y a plus de cent ans passés, avait entrevu le rôle d'un agent infectieux causal dans la variole et en avait déduit dans une clairvoyance merveilleuse un traitement auquel nous avons à peine ajouté.

Ce fut le point de départ d'une thérapeutique toute nouvelle, qui vient à peine de tenter ses premiers essais.

Pasteur plus tard, longtemps après lui, eut l'œil plus grand et le regard plus profond. Le maître français établit l'origine infectieuse d'un grand nombre de maladies aiguës et il y a près de 50 ans déjà, presque au début de ses découvertes, prononça ces paroles quasi prophétiques : "Un jour viendra où la plupart sinon toutes les maladies infectieuses seront traitées par des sérums ou par quelque procédé analogue".

Les horizons nouveaux ouverts par Pasteur sur le champ de la pathogénie et de la thérapeutique furent explorés de tous côtés. En Allemagne et en Angleterre, en France et en Autriche, les expérimentateurs furent nombreux. En France, Metchnikoff et Roux, Calmette et Arloing ; en Allemagne Pfeiffer et Buchner, Ehrlich et Behring ; en Angleterre, Wright et Walker, firent et sont encore parmi les investigateurs auxquels nous devons nos connaissances actuelles sur les moyens qu'emploie l'économie pour sa défense contre les agents infectieux.

Et quels sont, Messieurs, ces moyens ? Ils sont multiples et vous les décrire en détails serait trop long. En quelques mots, voici :

Vous savez le rôle des globules blancs dans les infections. Vous savez avec quelle sûreté et quelle clarté Metchnikoff nous a montré les globules blancs allant à l'attaque des microorganismes, les englobant, les digérant et neutralisant l'effet de leurs toxines sur l'économie. Et cette lutte des globules blancs s'appelle, vous le savez, la PHAGOCYTOSE. Mais englober les microbes et les détruire ne se fait pas spontanément. D'un côté les globules blancs y sont stimulés, de l'autre les microorganismes sont préparés ou affaiblis si je puis ainsi parler à être phagocytes.

Attaquer les microorganismes n'est pas tout. Vous savez que ces infiniment petits ne sont nuisibles que par les toxines ou poisons qu'ils sécrètent. C'est donc dire que l'organisme doit à la fois lutter contre les microbes et neutraliser leurs poisons.

Pour y réussir l'économie immobilise toute une armée de cellules variées et de substances antitoxiques. Et c'est par la voie sanguine et lymphatique que l'organisme avance ses lignes de défense contre les forces d'attaque. Les globules blancs — lymphocytes, mono- et polynucléaires, etc., — ont chacun leur rôle dans la défense. Au plasma sanguin revient aussi de tenir en suspens les substances antitoxiques. On les appelle lysine et agglutinines, sensibilisatrices et compléments, — suivant qu'elles stupéfient pour ainsi dire le micro-

be et le rendent une proie facile aux phagocytes, — ou qu'elles stimulent au contraire ce dernier à son ouvrage.

Parmi ces substances en solution dans le sang les OPSONINES sont parmi les plus importantes. On doit à Sir A. E. Wright, du St. Mary's Hospital de Londres, de les avoir isolées, d'avoir montré leur rôle et nous avoir indiqué les moyens d'en faire des agents de thérapeutique importants.

Qu'est-ce donc que les opsonines ? et je touche ici, Messieurs, une question de toute actualité en pathologie.

Les opsonines sont des substances solubles contenues dans les sérums — soit normaux, soit artificiels (immuns sérums) spécifiques et qui interviennent dans l'acte de la phagocytose pour l'exagérer et le rendre plus efficace. Ce mot opsonine vient de *opsono*, "je prépare pour l'alimentation" et précise par son étymologie l'idée qu'il comporte.

Maintenant, suivant qu'un sérum de malade contient plus ou moins d'opsonines, que chez le malade la phagocytose est plus ou moins active, en comparaison d'un individu sain qui sert de témoin, l'on dit que son Index Opsonique est plus ou moins que la normale. Au cours des maladies infectieuses, l'index opsonique est généralement moindre.

Quant aux moyens d'augmenter cet index opsonique et conséquemment le pouvoir phagocyttaire de l'économie, voici comment Wright procède :

Il injecte sous la peau du malade et à plusieurs reprises une émulsion de culture, disons par exemple de staphylocoques, agents causals de la furonculose et de l'acné culture préalablement stérilisée par la chaleur. Ces cultures doivent être faites d'après des prises venant du malade lui-même.

Sous l'effet de ces inoculations successives, les opsonines se développent graduellement dans le sang du malade et bientôt ses leucocytes ont atteint un pouvoir phagocyttaire plus intense qu'avant les inoculations de cultures microbiennes : en d'autres termes, son index opsonique est monté de 0.75 ou 0.85 à 1.02 ou 1.05.

Telles sont, messieurs, les aperçus nouveaux que le laboratoire vient encore de nous donner sur le mécanisme intime et fort complexe des moyens de défense de l'organisme contre les infections.

Chaque jour davantage se confirme les paroles prophétiques de Pasteur : "Un jour viendra où la plupart des maladies infectieuses aiguës seront traitées et guéries par les sérums."

Le lait pur

Par le docteur ADRIEN LOIR

La question du lait dans l'alimentation des grandes villes est toujours à l'ordre du jour. Le lait est un aliment de première nécessité, c'est un aliment parfait qui suffit à l'enfant en bas âge et qui, dans bien des cas, rend des services au médecin qui l'ordonne à l'exclusion d'autres matières alimentaires.

Très riche en éléments nutritifs, ayant une réaction neutre, il offre un milieu de culture parfait pour les microbes, lorsqu'il est à la température ordinaire. On constate que leur évolution est lente et même nulle lorsque le lait est maintenu au dessous de 10 degrés, mais de 10 à 15 degrés la culture commence à se faire, ce sont de préférence les ferments lactiques ordinaires et les champignons dont le développement est le plus manifeste. A partir de 15 degrés ils poussent de plus en plus rapidement ; la température qui leur convient le mieux est comprise entre 25 et 30 degrés pour les champignons, 30 et 35 degrés pour les ferments lactiques.

CONSERVATION DU LAIT

Pour livrer dans de bonnes conditions hygiéniques le lait à la consommation des villes qui sont quelquefois éloignées de plus de cent milles des fermes où se pratique l'élevage, le producteur de lait a deux procédés à sa disposition. Il peut soit le maintenir, au moyen de la glace, à une température très basse, à cette température les microbes ne pullulent pas, le lait ne s'altère donc pas. Ou bien il peut chauffer le lait à une température assez élevée pour détruire les microbes qu'il contient en faisant subir au lait la "Pasteurisation".

La pasteurisation consiste à chauffer un liquide fermentescible pour le débarrasser plus ou moins complètement des microbes susceptibles de l'altérer, en lui assurant une durée de conservation plus ou moins longue.

S'il s'agit d'un liquide acide comme le vin, la bière, la pasteurisation détruit en général tous les ferments et la conservation de ces liquides est assurée. Si on applique la pasteurisation à un liquide

à réaction neutre, très riche en éléments nutritifs, les résultats ne sont pas toujours aussi bons.

Cependant l'opération empêche les microbes de pulluler dans une certaine mesure et après avoir été pasteurisé, s'il est soumis à l'ébullition, le lait ne se coagule pas comme cela arrive lorsqu'il contient un certain nombre de ferments lactiques qui le rendent acide.

LAIT ET MALADIES CONTAGIEUSES

Les hygiénistes demandent, non seulement, que le lait soit exempt de bactéries banales, mais encore de bactéries pathogènes capables de transmettre des maladies. Le lait, en effet, peut servir de véhicules à des bactéries pathogènes : le bacille de la tuberculose, le germe de la fièvre aphteuse, de la mammite viennent de la vache elle-même. En temps d'épidémie, certains microbes, celui de la fièvre typhoïde, par exemple, peuvent se trouver dans le lait où ils sont apportés par les eaux de lavage, les mains des vachers, des laitiers, les ustensiles, les mouches, etc.

Ces desiderata peuvent être obtenus, soit en pasteurisant le lait par la chaleur, soit en le maintenant au frais, dès après la traite et en ayant eu soin d'examiner les bêtes qui le donne au point de vue de leur santé. Il faut, bien entendu, que ce lait ne soit souillé par aucune matière étrangère pendant les manipulations qu'il doit subir.

MICROBES DU LAIT

Quelles sont les bactéries que l'on rencontre dans le lait ?

Le lait abandonné à lui-même dans un flacon bouché, devient acide plus ou moins vite selon la température, cette acidité provient de l'action des ferments lactiques qui transforment le sucre de lait en acide lactique. Lorsque l'acidité est suffisante, le lait se coagule. L'action de l'acide est favorisée par la chaleur, c'est pour cela qu'un lait qui resterait plusieurs heures sans se coaguler s'il était maintenu à la température de la chambre, se coagule immédiatement lorsqu'on le porte à une température élevée.

Le lait acide se laisse envahir simultanément par de nombreuses espèces microbiennes, des levures, des mycodermes, des mucédinées. Ils ne sont visibles que dans un lait très altéré.

Le lait caillé se recouvre alors d'une peau épaisse, formée de filaments mycéliens qui retiennent dans leur enchevêtrement des quantités de cellules de levures.

Ces champignons détruisent l'acide lactique et le sucre de lait. Lorsque ce dernier élément est épuisé, l'aspect du lait se modifie ; le liquide change de réaction et la caséine se solubilise, bientôt il se dégage une odeur de putréfaction.

Si on examine à ce moment les espèces microbiennes, on se trouve en présence des ferments de la caséine. Le lait renferme donc un nombre considérable d'espèces microbiennes. Les ferments lactiques arrêtent l'évolution de toutes celles qui ne peuvent vivre dans un milieu acide ; mais il ne les détruisent pas ; elles existent à côté des ferments lactiques, il ne faut pas l'oublier. Si elles survivent à un chauffage qui détruit les ferments lactiques, elles reprennent bientôt leur activité et altèrent le lait sans qu'on s'en aperçoive, car il y a des laits altérés qui supportent l'ébullition sans tourner.

LES ÉTABLES

Une question importante pour la production du bon lait est l'aménagement hygiénique des étables. On se rend compte maintenant au Canada que l'air et la lumière sont nécessaire à la vie des vaches laitières. Autrefois, sous prétexte de favoriser la production du lait, en empêchant le froid d'agir sur les animaux, on plaçait ces pauvres bêtes dans des pièces sans aération et sans jour. Aujourd'hui on ventile les étables, on perce des fenêtres on remplace les planchers de bois sous lesquels s'accumulent les matières organiques, par un sol en ciment qui est bon conducteur de la chaleur et se maintient à une douce température grâce à la terre sur laquelle il se trouve. La lumière pénètre, on voit ce que l'on fait et la propreté est plus facile à entretenir. Il n'est pas plus difficile de maintenir une température égale dans une étable bien ventilée et où la lumière pénètre facilement que dans une étable obscure, au point de vue de la santé des vaches, les résultats ne sont pas comparables, les animaux résistent mieux à la tuberculose en particulier.

CONTROLE DU LAIT

Que l'on conserve le lait en le pasteurisant, c'est-à-dire en le chauffant, ou qu'on le maintienne au moyen de la glace, à des températures basses jusqu'au moment de le livrer, il faudra toujours prendre les mêmes précautions.

Maintenir le lait à une température basse, au moyen de la glace, jusqu'au moment de la livraison ou de la pasteurisation si l'on pratique cette opération, car il sera plus facile de pasteuriser du

lait contenant peu de microbes, qu'un lait qui en contiendra beaucoup.

Observer une propreté rigoureuse, une aseptie véritable du bétail, des étables, des ustensiles, des vachers et laitiers. Surveiller le bétail pour éliminer du troupeau les bêtes malades. Faire l'épreuve de toutes les vaches à la tuberculine.

Enfin il serait utile, comme contrôle, pour voir si toutes ces précautions ont été prises, de faire de temps en temps une analyse du lait au double point de vue chimique et bactériologique et de procéder à l'inspection des endroits de production et de manipulation.

Des lésions du mamelon pendant l'allaitement

Par P. RUDAUX, Accoucheur des Hôpitaux

Les lésions du mamelon sont une complication fréquente de l'allaitement maternel ; elles prennent parfois de telles proportions qu'elles rendent ce dernier impossible temporairement ou d'une façon permanente. Aussi le clinicien doit-il toujours y penser dès que le nouveau-né est mis au sein soit pour les éviter, soit pour les traiter dès leur apparition.

C'est en effet au début de l'allaitement, du troisième au cinquième jour, que se produisent les fissures ou les excoriations du mamelon, rarement plus tôt, quelquefois plus tard, sixième ou huitième jour ; elles deviennent exceptionnelles après le huitième jour. Les primipares y sont plus exposées que les multipares, mais la différence est peu accusée ; il n'est pas rare de voir des nourrices en présenter à tous leurs allaitements. Ces faits peuvent s'expliquer par l'étude des causes prédisposantes. Il faut placer en première ligne une véritable prédisposition personnelle ; beaucoup plus importante que la teinte des cheveux (fréquence plus grande chez les blondes, a-t-on dit), est la constitution du mamelon ; aussi les lésions sont-elles bilatérales dans le plus grand nombre des cas. Tantôt il s'agit de mamelons ombiliqués qui se présentent sous deux formes : les uns sont réductibles par une manœuvre très simple consistant à prendre

entre le pouce et l'index le noyau que l'on sent à la partie centrale de l'aréole, à l'énucléer afin de le rendre saillant et de permettre au nouveau-né de le saisir. En répétant à chaque tétée cette petite opération, on voit souvent le mamelon ne plus rentrer et conserver sa configuration normale. Dans d'autres cas, les mamelons ombiliqués sont au contraire irréductibles, ils semblent retenus dans la profondeur de la mamelle par une sorte de tractus fibreux, par conséquent inextensible, ne permettant pas l'énucléation. Lorsqu'on tente l'allaitement dans ces conditions, le mamelon rentré paraît attiré avec plus de force dans la profondeur sous l'influence du réflexe produit par la succion ; le thélisme s'exagère en dedans au lieu de se manifester au dehors. L'allaitement est rarement possible dans cette malformation anatomique ; parfois cependant l'enfant arrive à former une sorte de mamelon factice aux dépens de la peau de l'aréole.

Tantôt, au contraire, il s'agit de gros bouts de sein offrant un aspect framboisé avec des sillons profonds qui limitent des tubercules exubérants ; souvent même ces mamelons représentent une véritable massue, rattachée au centre de l'aréole par un pédicule plus étroit que l'extrémité libre.

La véritable cause déterminante est le mode de succion de nouveau-né ; certains enfants semblent avoir la bouche plus dure. Nous avons constaté à plusieurs reprises que des femmes ayant allaité une première fois sans incidents présentaient des crevasses à un autre allaitement, alors que les mêmes précautions avaient été prises. Dans ces cas, l'enfant produit dès les premières tétées des phlyctènes sanguinolentes sur le bout des seins ; ces phlyctènes crèvent aux tétées suivantes, d'où mise à nu du derme et ulcérations souvent considérables.

A côté de ces causes, il faut citer les fautes si souvent commises par les nourrices ; ou bien elles ne prennent pas les précautions sur lesquelles nous aurons à revenir plus loin à propos du traitement prophylactique, ou bien elles mettent à tout propos leur enfant au sein lorsqu'elles ne l'y laissent pas suspendu pendant des heures entières. Sous cette influence l'épiderme subit une véritable macération qui favorise les crevasses.

Quant à l'action de certaines affections buccales du nouveau-né, elle a été très exagérée ; ce qui peut agir c'est l'acidité de la salive que détermine la fermentation du lait retenu dans la bouche du nouveau-né ou qui accompagne les troubles gastriques dus à la suralimentation.

Les lésions du mamelon sont d'ordinaire annon-

cées par une sensibilité plus ou moins accusée au moment où l'enfant saisit le bout du sein et parfois pendant toute la durée de la tétée. Cette sensibilité se transforme en douleur dès qu'il y a solution de continuité, gerçure, fissure, crevasse ; celle-ci siège habituellement au sommet du mamelon, et ne présente aucune direction bien définie ; parfois elle est parallèle ou perpendiculaire au grand axe du tubercule mamillaire ; dans ce dernier cas, lorsqu'elle siège au niveau du point d'attache du mamelon, elle est très tenace.

La douleur peut prendre une acuité telle qu'elle arrache des pleurs et même des cris à la nourrice ; celle-ci recule à l'approche de la bouche de l'enfant ; si elle est encore au lit on la voit s'agiter, se ramasser sur elle-même ; elle paraît se raidir pour mieux supporter la douleur angoissante qu'elle connaît et qui offre son maximum au moment où l'enfant saisit le sein. Elle se reproduit de nouveau avec la même intensité lorsqu'on veut faire lâcher brusquement le mamelon à l'enfant.

Ces crises douloureuses deviennent pour la jeune mère une crainte constante ; la tétée une fois terminée, elle pense à la suivante et, une demi-heure avant, elle commence à s'agiter à l'idée qu'elle va avoir à supporter une nouvelle épreuve. Chez certaines névropathes il peut en résulter un ébranlement nerveux tel que l'allaitement doit être abandonné.

La douleur est souvent une cause de diminution dans la sécrétion lactée, et cela pour différentes raisons : action réflexe, moindre durée des tétées (car, si l'enfant vient à lâcher le mamelon, on hésite à le remettre au sein), suppression volontaire d'une ou de plusieurs tétées dans les vingt-quatre heures.

En dehors de ces complications, nécessité d'abandonner l'allaitement ou hypogalactie, il faut craindre les infections ayant pour point de départ au niveau de la petite plaie, infections qui se manifestent, du côté de la mère, sous forme de lymphangite, de galactophotite, d'abcès mammaires et du côté du nourrisson, sous forme de troubles gastro-intestinaux, car le lait provenant de mamelons sur lesquels existent des crevasses, est souvent riche en staphylocoques. Nous ne parlons pas du melaena, dû à l'absorption de sang par l'enfant au moment de la tétée ; il s'agit d'un faux melaena, "melaena spuria", qui ne peut être considéré comme une complication.

Existe-t-il un traitement prophylactique des crevasses ? Peut-on, en prenant certains soins pen-

dant la grossesse, être sûr de les éviter? Un grand nombre de praticiens conseillent des lotions alcoolisées dans les mois qui précèdent l'accouchement; nous ne croyons pas beaucoup à l'efficacité de cette thérapeutique. Ce qui est plus important, à notre avis, c'est d'abord d'espacer les tétées tant que la montée laiteuse ne s'est pas effectuée: l'enfant ne devra être mis au sein que toutes les quatre heures et il ne devra pas y rester plus de cinq minutes; c'est ensuite de prendre de grandes précautions de propreté du côté des mamelons après chaque tétée. Les mamelons seront lavés avec un tampon de coton hydrophile trempé dans une solution composée de trois quarts d'eau bouillie et d'un quart d'eau oxygénée chirurgicale, puis recouverts d'une rondelle de gaze stérilisée. Avant la tétée suivante, on aura soin de laver de nouveau le bout de sein avec un peu d'eau bouillie. La bouche de l'enfant devra également être surveillée de très près.

Les crevasses existent; quelle est la thérapeutique qui donne les meilleurs résultats? Nombreux sont les médicaments préconisés pour atteindre ce but, lotions, solutions, baumes, pommades, etc.; les uns sont dangereux, les autres peu efficaces.

En employant la méthode suivante, nous avons obtenu des guérisons rapides: dès l'apparition des crevasses, on lave avec soin, mais aussi avec beaucoup de douceur, l'extrémité du mamelon avec un coton trempé dans un mélange à parties égales d'eau oxygénée à 12 volumes et d'eau bouillie, puis on laisse à demeure des rondelles de tarlatane stérilisée ou de gaze aseptique formées de plusieurs épaisseurs et imprégnées d'une solution d'eau oxygénée au tiers. Dès que les petites plaies sont en voie de cicatrisation, c'est-à-dire après vingt-quatre ou quarante-huit heures de pansement humide, on supprime celui-ci; la tétée une fois terminée, on lave le bout de sein comme nous l'avons indiqué précédemment, on l'essuie légèrement avec un tampon de coton hydrophile et on le recouvre d'une légère couche d'acide borique finement pulvérisé et ensuite d'un petit carré de gaze stérilisée.

Il faudra surtout recommander à la personne qui fera les pansements d'avoir la précaution de se savonner et de se brosser les mains, puis de les plonger dans une solution de lusoforme avant de toucher aux mamelons et aux objets qui doivent entrer en contact avec ces derniers. C'est en suivant cette ligne de conduite qu'on évitera les complications des crevasses, lymphangite et abcès du sein.

Chronique Médicale

L'Université Laval a inauguré cette année, en place et lieu d'un commencement plus ou moins vague d'année universitaire, comme à l'habitude, — il y a eu cette année ouverture officielle des cours, — sous la présidence du vice-chancelier, Sa Grandeur Monseigneur Bruchési. Il faut et sans restriction féliciter le vice-recteur, M. le chanoine Dauth, de sa très heureuse initiative. Il a dit au public canadien, qui s'intéresse à l'œuvre capitale par excellence de l'enseignement supérieure, les progrès accomplis durant le dernier exercice universitaire. Je ne veux pas tous les passer en revue, je citerai seulement l'adjonction de deux nouvelles écoles affiliées: l'École de Pharmacie et l'École de Chirurgie dentaire, dont les progrès constants sont du meilleur augure; l'extension du curriculum de l'École Polytechnique, par l'adjonction de plusieurs branches nouvelles importantes dont quelques-unes ont été confiées à la haute compétence de Professeurs de France; l'organisation de l'École des Hautes Études Commerciales; les progrès des Facultés de droit et de médecine.

Nous nous réservons de revenir sur ce dernier sujet et de marquer les pas en avant de notre Faculté.

Cette séance publique d'ouverture de l'année universitaire est donc un événement qu'il convient de signaler. Espérons que nos diverses Facultés comprendront l'intérêt qu'il y aurait pour elles individuellement et pour l'Université en général, s'il était tenu "à la fin" de l'année universitaire, une grande séance publique, où les noms des gradués seraient proclamés et les nouveaux Docteurs en leurs divers états prononçaient les vieux serments professionnels. Le public pour une chose, saurait que non seulement on enseigne à l'Université, mais aussi que l'on y confère des diplômes et qu'il est des étudiants qui les ont mérités.

Cette collation des diplômes universitaires se fait — et avec quelle solennité — dans toutes les Universités de quelque renom. Espérons que le jour n'est pas loin où nous prouverons ainsi publiquement que notre Université n'aime pas à demeurer en arrière des autres et a conscience de sa valeur nationale et de sa place.

Le Conseil universitaire de l'Université McGill a décidé de porter de 4 à 5 ans le cours d'études pour l'obtention du titre de M.D. et C.M.

Cruellement éprouvée au printemps dernier par l'incendie d'une partie de l'édifice de la Faculté de médecine et des laboratoires et leurs précieuses collections, la Faculté n'a pas perdu courage et a réouvert ses portes plus confiante que jamais en l'avenir. Les amphithéâtres pour les cours théoriques étant détruits, la Faculté va se trouver hâtée dans une réalisation d'idées plus modernes d'enseignement de la médecine. Car de "tous côtés" la tendance — et la réalisation — est de diminuer de plus en plus les cours théoriques pour augmenter les heures consacrées aux démonstrations pratiques, aux travaux de laboratoires, aux dispensaires et à l'hôpital. Notons-le en passant.

L'Université de Columbia, de New-York, qui prend chaque année une extension considérable, a eu en septembre, son inauguration annuelle. Le Dr James R. Wheeler, Prof. d'archéologie et d'art grecs, a prononcé l'allocation de circonstance sur "La conception du collège et de l'université".

On conçoit que cette université soit ouverte à tous les progrès, quand on voit que l'an dernier son président passait plusieurs mois en Europe pour étudier sur place le fonctionnement des vieilles universités.

A la dernière réunion de l'American Laryngological Association, notre confrère, le Dr Birkett, de l'hôpital Victoria, en a été élu le Président.

Au Congrès International d'Hygiène tenu dernièrement à Berlin, plusieurs délégués étrangers prirent part aux débats. 23 pays étrangers étaient représentés. Plusieurs délégués américains. La délégation française, qui comprenait Metchnikoff, Roux, Chantemesse, prit une part active aux travaux. Nous reviendrons sur leurs communications, de tout premier intérêt.

Le "Board of Education", de Londres, a établi un département médical pour l'aviser et l'assister dans tout ce qui regarde l'inspection médicale des écoles.

Dans ce même ordre d'idée, le département de Santé de Chicago, aux prises l'an dernier avec une épidémie de scarlatine parmi les enfants d'école, a pris ses mesures cette année. La ville a été divisée en 100 circonscriptions, comptant chacune 4,000 enfants à l'école, et a chacune est attaché un médecin inspecteur. Toutes les écoles — publiques ou paroissiales — seront soumises à leur inspection, bienvenue d'ailleurs puisqu'elle se fait dans l'intérêt public.

Espérons que le zèle et le tact de nos médecins inspecteurs finiront par convaincre notre conseil municipal de l'importance d'enrayer cette innovation sur des bases solides et permanentes.

E. ST JACQUES.

L'Acné --- Son traitement

Par le docteur PIGEAUD

Le traitement de l'acné se rapproche beaucoup du traitement de l'exzéma, mais il n'est pas toujours le même, car ses causes sont différentes.

L'acné se rencontre chez des dyspeptiques, il est vrai, mais chez des dyspeptiques particuliers, qui ont une dyspepsie par fermentations anormales.

Voici ce qu'il faut entendre par là. M. le professeur Albert Robin est de ceux qui ont mis beaucoup de clarté dans l'étude de la classification des dyspepsies. Pour lui il y en a trois sortes :

1. Dyspepsies hyperchlorhydriques ;
2. Dyspepsies hypochlorhydriques ;
3. Dyspepsies anachlorhydriques.

Dans les dyspepsies hyperchlorhydriques on ne rencontre pas de malades ayant de l'acné. Ils souffrent de l'estomac, mais n'ont pas de pyrosis. On ne rencontre de l'acné que chez les anachlorhydriques et quelquefois chez les hypochlorhydriques.

Chez les anachlorhydriques, il y a par défaut d'acide chlorhydrique des fermentations anormales. On rencontre dans leur contenu stomacal comme produit de ces fermentations de l'acide lactique, de l'acide acétique et de l'acide butyrique.

Cette dyspepsie par fermentations anormales a reçu quelquefois le nom de dyspepsie lactique. On aurait pu aussi la désigner sous le nom de dyspepsie acnéique.

L'arthritisme, l'herpétisme, la diathèse tuberculeuse sont bien souvent les facteurs prédisposants de cette dyspepsie ainsi qu'un régime defectueux.

Elle se rencontre aussi chez des hystériques, des alcooliques, chez des gens qui mangent trop vite ou qui ont une mauvaise dentition.

En faisant l'analyse du suc gastrique, il est facile de faire le diagnostic de cette maladie.

Dans la dyspepsie par fermentations anormales, il y a du pyrosis, des crampes stomacales, mais les symptômes qui se présentent dans la dyspepsie hyperchlorhydrique deux heures après les repas, lorsque la digestion est faite ou fort avancée, se trouvent au contraire, dans la dyspepsie anachlorhydrique, plutôt après les repas.

Les malaises surviennent parce que la digestion se fait mal et que les acides anormaux se forment.

Les malades qui présentent cette affection ont

le teint florissant et conservent un certain embonpoint.

Une question que je pose toujours à ces sortes de malades est la suivante : "Supportez-vous facilement le lait ?" Ils me répondent tous qu'ils l'ont en horreur. Ce fait s'explique facilement. Le lait n'est pas digéré par eux, surtout s'il est bu trop vite. Il se caséifie en masse dans l'estomac et n'est pas attaqué par l'acide chlorhydrique de l'estomac qui manque.

Le lait forme dans leur estomac une masse dont ne viennent à bout que difficilement les acides anormaux.

Des médecins ont vu, dans le lait, pendant longtemps, le remède à tous les maux. Il y a pourtant plus de quinze ans que M. Albert Robin, aujourd'hui professeur à la Faculté, a montré le premier, que, dans les dyspepsies par fermentations anormales le lait était une véritable cause d'intoxication.

Les auteurs anciens ont entrevu le rapport existant entre les affections cutanées et les troubles stomacaux.

En 1777, Lorry l'affirme déjà ainsi que Stoll. C'est ce que fait aussi Gibert en 1834.

Alibert soutient la même théorie en 1822 et Bazin en 1858.

Bouchard est le premier qui fit un travail important sur cette question.

"De nos jours, nombre de professeurs acceptent cette parenté des diathèses, des dyspepsies avec l'acné, dit le Dr Mitour en 1896.

M. Lanceraux, dans son article si clair du traité de thérapeutique de M. Albert Robin admet cette idée : "Vers la même époque se montrent encore l'acné, le blépharite ciliaire".

L'alcoolisme engendre la dyspepsie, amène la couperose du visage qui est une sorte d'acné.

L'acné a des aspects variés. Si certains cas d'acné demandent un traitement local particulier, tous ne peuvent être guéris que par un traitement interne approprié qui est celui de la dyspepsie par fermentations anormales, dite dyspepsie lactique.

Le Dr Gaucher énumère trois sortes d'acnés : les acnés par rétention, les acnés inflammatoires et les acnés congestives.

Il y a quatre sortes d'acné par rétention : l'acné ponctuée, l'acné miliaire, l'acné cornée et l'acné varioliforme.

L'acné ponctuée se présente sous l'aspect de points noirs dus à un mélange de sebum et de poussières. Quand on presse un des points, il se vide

sous la forme d'un ver blanc dont l'extrémité externe est noire. Cette sorte d'acné, fréquente chez les dyspeptiques est due à une arachnide qui a reçu le nom de *demodex folliculorum*. Cette acné est souvent le point de départ de kystes sébacés et de loupes.

Je ne dirai rien de l'acné miliaire, ni de l'acné varioliforme.

L'acné cornée est une transformation cornée des cellules des glandes sébacées.

L'acné inflammatoire ou acné pustuleuse, ou l'entouneuse est l'acné la plus fréquente.

L'acné pustuleuse a diverses variétés, telles que l'acné juvenilis.

Enfin, disons un mot de l'acné par congestion. C'est la couperose.

Il y a trois stades dans la formation de la couperose. En premier lieu il y a congestion de la peau et dilatation permanente des capillaires cutanés ; en deuxième lieu il y a les pustules d'acné inflammatoire et en troisième lieu hypertrophie des glandes sébacées et prolifération conjonctive des tissus périphériques.

Mais là ne s'arrêtent pas les méfaits de la couperose qui siège ordinairement au nez et aux pommettes. Cette acné peut se changer en acné hypertrophique.

"Le nez hypertrophié, dit le Dr Gaucher, peut descendre jusqu'à la lèvre inférieure et gêner, non-seulement la respiration, mais aussi l'introduction des aliments par la bouche.

"L'acné hypertrophique, qui atteint des proportions gigantesques, a été dénommée aussi acné éléphantiasique. C'est à cette forme aussi que certains auteurs ont donné également le nom de rhinophyma".

Le diagnostic entre la couperose et le lupus érythémateux, les syphilides et l'eczéma séborrhéique est facile à faire. Je n'insisterai pas là-dessus.

Le traitement de l'acné pour être efficace, doit comprendre un traitement externe et un traitement interne.

Les pustules doivent être vidées soit au thermo-cautère (ou mieux au galvano-cautère), soit avec une aiguille flambée.

Il est facile dans l'acné ponctuée d'extirper les comédons, en se servant d'une clef de montre après l'avoir flambée, sans négliger de faire l'antisepsie du champ opératoire qui sans cela subirait une infection par l'ensemencement du *demodex folliculorum*.

Antiseptique

Desinfectant

Desodorisant

LE LUSOFORME

SANS ODEUR, NON TOXIQUE, NON CAUSTIQUE.

Le seul désinfectant qui enlève toutes les odeurs sans en laisser aucune après son emploi.

LE LUSOFORME

PREND AVANTAGEUSEMENT LA PLACE
DE TOUS LES DESINFECTANTS CONNUS
AUSSI BIEN EN MÉDECINE EN CHIRURGIE
QUE DANS L'ART VÉTÉRINAIRE

EMPLOYÉ A PARIS PAR: L'Assistance Publique, les Écuries de l'Institut Pasteur, le Muséum d'Histoire Naturelle, les principales Brasseries, Laiteries, Blanchisseries.

EMPLOYÉ A MONTRÉAL PAR: L'Hopital Victoria, Hopital Glengary, le Hunt Club, les Sulpiciens, l'Hotel Windsor, la Maison Revillon, Montreal General Hospital, Hotel-Dieu, Montréal, Hotel-Dieu Québec, etc.

M. LIBERGE, Agent pour le Canada.

Dépot Général pour le Canada, MAISON ROUGIER FRÈRES, 63 rue Notre-Dame Est, Montréal.

Solutions comparées de l'Acide urique dans :

PIPERAZINE

SUCROSE DE SOUDE

CITRATE DE LITHINE

CITRATE DE POTASSE

92% | 40% | 20% | 8%

PIPERAZINE MIDY

GRANULES EFFERESCENTE

20 centigrammes de Piperazine par mesure jointe au flacon.

Dans les crises aiguës : 3 à 5 mesures par jour.
Comme préventif : 1 à 3 mesures 10 jours par mois.

Le plus grand dissolvant de l'Acide urique

GOUTTE — GRAVELLE — RHUMATISME
ARTHRITISME dans toutes ses manifestations.

Pharmacie MIDY, 240, Boulevard Bonne-Nouvelle, PARIS.

Seul Agent pour le Canada : A. QUITTARD, Boite Postale 883, Montréal.

Sources Saint-Louis

Eau de Vichy

TREFLE ROUGE

Si vous ne pouvez l'avoir chez votre four-nisseur, adressez-vous à

L. CHAPUT,
FILS & CIE,
AGENTS.

2, 4, 6 et 8 rue de Bresoles - - MONTREAL.



Cette eau est effervescente naturelle, et recommandée par l'Académie de Médecine de Paris, à cause de ses hautes qualités médicales.

Demandez l'avis de votre médecin, il vous prescrira l'eau Saint-Louis.

ÉPILEPSIE

DRAGÉES

Depuis Trente Années sans Réclame bruyante, les

GÉLINEAU

ont su conquérir et conserver l'appui du Corps médical français et étranger. Est-il besoin d'autres recommandations ?

Les DRAGÉES GÉLINEAU sont devenues le remède par excellence de toutes les Maladies nerveuses et convulsives et spécialement de l'ÉPILEPSIE.

Leur action est rapide et durable, leur administration facile, leur dosage exact.

Une règle à ne pas oublier c'est qu'il faut toujours faire prendre les DRAGÉES GÉLINEAU au milieu du repas (*Journal de Médecine de Paris*).

La teinture d'iode, en application directe est un bon moyen de cautérisation, mais je préfère la pâte ou pommade ainsi composée :

Soufre ;

Camphre en poudre ;

Glycérine q. s. pour former la pâte.

Laisser cette pommade en place pendant un ou deux jours, puis faire laver. C'est ordinairement suffisant.

Le traitement le plus important, à mon avis, c'est celui de la dyspepsie.

Ne l'oublions pas, le dyspeptique par fermentations anormales a toutes les apparences de la bonne santé. C'est un dyspeptique qui a conservé un certain embonpoint, dont le teint est ordinairement fleuri, mais dont l'appétit est diminué.

Aussitôt après les repas, il y a de la pesanteur gastrique, et une sensation de gonflement auquel vient se joindre peu après du pyrosis.

Il a souvent aussi de la distension stomacale, des éructations et même parfois des vomissements.

Dans une dyspepsie hyperchlorhydrique, au contraire, l'appétit est plutôt conservé et même exagéré. Le malade est amaigri. Il ne sent pas de pyrosis, mais il a lui aussi des douleurs gastriques.

Les dyspeptiques par fermentations anormales ont besoin, par dessus tout, d'un stimulant stomacal, propre à produire une action plus active des muscles de l'estomac pour faciliter le brassage des matières alimentaires et à chercher à obtenir une sécrétion chlorhydrique par irritation des glandes stomacales.

On a cherché pendant longtemps à faciliter les digestions au moyen d'une solution faible d'acide chlorhydrique. On a obtenu quelquefois un peu de soulagement, mais jamais de mieux durable.

M. Albert Robin donne avant les repas un cachet de poudre composée contenant de la poudre de fèves de Saint-Ignace et d'ipéca à la dose de 0 gr. 01 centigramme à 0 gr. 02 centigrammes mélangée avec du sulfate et du carbonate de soude.

La strychnine est le principe actif de la fève de Saint-Ignace.

J'ai souvent donné les granules de "sulfate de strychnine" et même "d'arséniate de strychnine" cinq minutes avant les repas pour donner de l'appétit en agissant directement sur les fibres lisses de l'estomac et en provoquant une sécrétion glandulaire plus active. On peut ajouter à ces granules des granules de "quassine".

Quant à la destruction des ferments de l'esto-

mac, je la crois illusoire. Ces fermentations ne disparaîtront que lorsque la quantité d'acide chlorhydrique sera augmentée.

Il n'en est pas de même des fermentations intestinales. Il y a avantage à purger chaque jour le malade d'une façon continue.

Le régime alimentaire devra être des plus sévères. On ne devra manger, ni aliments fermentés, ni susceptibles de produire des fermentations. On ne devra prendre ni vin, ni spiritueux, ni aliments gras difficiles à digérer, (à cause de la graisse qui enrobe les tissus). On devra se contenter de viandes blanches, fraîches et d'aliments faciles à digérer.

Lettre de Paris

I octobre 1907

La Faculté de Médecine de Paris organise maintenant des cours pratiques, où les étudiants et les docteurs en médecine peuvent trouver un enseignement mis à la disposition de tous. Ces cours durent peu de temps et on peut acquérir rapidement la connaissance des notions nécessaires à connaître dans chaque spécialité.

Le Professeur Gaucher fera du 14 octobre au 18 décembre 1907, un cours pratique et complet de dermatologie et de vénérologie avec le concours et la collaboration de ses collègues de l'Hôpital Saint-Louis.

Ce cours sera essentiellement pratique et portera surtout sur le diagnostic et le traitement. Toutes les démonstrations seront accompagnées de présentations de malades, de moulages du musée de l'hôpital Saint-Louis et de préparations microbiologiques ou histologiques. L'application des médications usuelles (frotte, douches, électricité, scarifications, épilation, électrolyse, photothérapie, radiothérapie, etc.), sera faite devant les élèves.

Un horaire détaillé sera distribué à chacun des auditeurs.

Des certificats d'assiduité et d'instruction pourront être délivrés aux auditeurs à la fin du cours.

Programme et répartition des cours :

M. Gaucher — Lésions élémentaires de la peau. Matière médicale dermatologique et médication hydrominérale.

M. Bar — Syphilis et grossesse.

M. Danlos — Radiothérapie et traitement par les courants de haute fréquence.

M. Balzer — Eczéma. Impetigo. Ecthyma.

M. De Beurmann — Psoriasis. Lupus. Tuberculoses cutanées. Sporotrichoses. Traitement du lupus.

M. Castex — Syphilis du nez, du larynx et de l'oreille.

M. Queyrat — Blennorrhagie aiguë. Blennorrhagie chronique. Complications et traitement de la blennorrhagie. Les Balanoposthites. Herpès. Végétations. Phimosi. Chancre mou. Chancre syphilitique.

M. Hudelo — Gale. Erythèmes. Urticair. Prurits et Prurigo. Lichens. Pityriasis. Pemphigus.

M. Morestin — Chirurgie du lupus, des naevi et des tumeurs de la peau. Opérations esthétiques.

M. Gastou — Maladies parasitaires du cuir chevelu : Teigne tondante et Favus. Pityriasis versicolor. Erythrasma. Examen des cheveux et des poils dans les maladies parasitaires. Diagnostic dermatologique par les méthodes de laboratoire : Examen des squames, sérosités, sang, pus. Anatomie pathologique générale des maladies de la peau. Electrothérapie. Photothérapie. Petite chirurgie dermatologique.

M. Emery — Traitement de la syphilis.

M. Edmond Fournier — Syphilis secondaire. Hérédo-syphilis.

M. Milian — Syphilis tertiaire : Syphilides tuberculeuses ; syphilides ulcéreuses ; gommes ; ulcères de jambes. Syphilis de la langue, du voile du palais, des amygdales, du pharynx, du testicule et des os. Syphilis cérébrale. Syphilis médullaire. Parasyphilis : Neurasthénie. Paralysie générale. Tabès.

M. Terrien — Syphilis oculaire.

M. Lacapère — Pelade. Séborrhée et acnés. Eczéma acnéique. Dermites artificielles. Tumeurs épithéliales de la peau. Leucoplasie buccale et génitale. Kraurosis vulvae.

M. Cathelin — Complications génito-urinaires chirurgicales de la blennorrhagie chez l'homme. Prostatites. Cystites. Abscès urinaires. Néphrites suppurées. Traitement des rétrécissements de l'urètre.

M. Paris — Zona. Dystrophies pigmentaires. Purpura. Morve et Farcin. Actinomyose. Éléphantiasis.

M. Sabatié — Alopecies. Folliculites suppurées. Dyshidrose. Tumeurs conjonctives de la peau et mycosis fongique.

M. Rostaine — Dermatoses congénitales. Phthiriose et mélanodermies. Sclérodermie. Lèpre.

Utilité du traitement mercuriel dans la syphilis du système et en particulier dans le tabès.

Par M. le Dr BABINSKI, Médecin de la Pitié

Le traitement mercuriel conduit avec énergie et avec persévérance a, dans le tabès, une utilité certaine. L'observation suivante en est une preuve.

Il s'agit d'un malade suivi depuis deux ans. A cette époque il se plaignait de douleurs violentes dans les jambes et dans la région de l'estomac, avec affaiblissement général. Il souffrait ainsi depuis quinze ans, et avait été traité jusque-là par des douches et de l'iodure de potassium.

A l'examen, les réflexes rotuliens et achilléens existent, ainsi que les réflexes tendineux des membres supérieurs.

Il n'y a pas de troubles objectifs de la sensibilité ; pas de signe de Romberg.

On observe un peu d'incontinence d'urine et de diplopie, qui ont été surtout marqués au début de la maladie.

Mais le signe d'Argyll est positif, et permet à lui seul de porter le diagnostic de méningite chronique spécifique.

Sous l'influence d'un traitement mercuriel intensif (injections de calomel) l'état du malade s'est transformé ; actuellement il peut exercer sa profession d'artiste dramatique qu'il avait été obligé de cesser ; il souffre beaucoup moins ; les douleurs fulgurantes des jambes sont plus rares et moins intenses, les crises gastriques ont disparu, et les troubles vésicaux ont diminué.

C'est qu'en effet le traitement mercuriel a les plus heureuses influences sur l'évolution du tabès.

Certains auteurs ont prétendu qu'il était absolument inefficace, et que même, dans certains cas, il était nuisible, que sous son influence l'état général du malade s'altérait et les troubles généraux s'accroissaient.

Ceci est tout à fait inexact, et cette erreur tient en grande partie à ce que beaucoup de médecins s'imaginent que si le traitement doit agir, il doit le faire comme sur un sujet atteint de gomme spécifique, par exemple, c'est-à-dire très rapidement, et qu'ils se contentent d'un traitement peu intense et peu prolongé. Or il faut bien savoir que pour obtenir un résultat, il faut instituer un "traitement hydrargyrique aussi intense et aussi prolongé que possible".

Bien entendu, il faut une surveillance continue du malade, de ses urines, de ses gencives, de son état général ; il faut, suivant les indications, augmenter les doses, ou les diminuer, et suspendre le traitement dès qu'on observe des signes d'intolé-

rance. Tout cela demande un doigté délicat, mais quand le traitement est bien conduit, on obtient des résultats véritablement remarquables. Le malade précédent en est un exemple intéressant, car n'ayant pas cessé de souffrir pendant quinze ans, il a vu son état s'améliorer après quelques mois de traitement.

Bien entendu, il est incontestable que dans certains cas on est impuissant ; mais bien souvent les résultats sont favorables, et ont d'autant plus de chances de l'être que la maladie a été diagnostiquée et traitée plus tôt.

Ce qui ne veut pas dire qu'il ne faille pas traiter les cas déjà anciens.

Un second tabétique est entré dans le service il y a huit ans. A cette époque, l'incoordination était telle qu'il lui était absolument impossible de marcher, même avec des béquilles. Il était sujet à des douleurs très violentes, et son état général était déplorable. Tous les symptômes du tabès existaient, en particulier l'abolition des réflexes rotuliens et achilléens, ainsi que le défaut de contraction des pupilles à la lumière.

Sous l'influence du traitement, et d'un traitement intentif (200 injections de calomel, sans compter les frictions mercurielles), cet homme qui ne pouvait pas se tenir sur ses jambes, peut marcher, les douleurs ont diminué, et, en dépit du reproche fait au mercure de conduire les malades à la cachexie, il a engraisé. Mais, encore une fois, pour avoir des résultats, il faut surveiller le malade de près.

M. Babinski est d'autant plus persuadé des heureux résultats du traitement mercuriel dans le tabès que, pendant la première partie de sa carrière, croyant à son inutilité, il ne soignait pas ses malades par le mercure, et voyait alors leur état s'aggraver de jour en jour.

C'est ce qui s'est produit pour une troisième tabétique qui n'a jamais suivi de traitement spécifique. Agée de trente et un ans, elle présente des douleurs fulgurantes depuis deux ans, ses réflexes tendineux sont abolis ; le signe d'Argyll est positif ; la ponction a montré la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien. Elle présente, actuellement, une incoordination des plus marquées, qui l'empêche de marcher.

On avait, autrefois, distingué les tabès en tabès spécifiques et en tabès non spécifiques, suivant que les malades affirmaient ou n'avaient pas présenté des accidents syphilitiques.

Or, on avait remarqué que les tabès dits non spécifiques étaient plus graves que les autres, tout simplement parce que les malades ne s'étaient jamais soumis au traitement, et M. Babinski a observé que les tabétiques avouant la syphilis, mais ayant suivi un traitement peu intense et peu prolongé, lors de leurs accidents, étaient plus malades que ceux qui avaient été saturés de mercure.

Toutefois, c'est quand il fut persuadé des rela-

tions intimes de la syphilis et du tabès qu'il appliqua systématiquement, le traitement.

Pour Fournier, le tabès est, dans la grande majorité des cas, d'origine spécifique.

M. Babinski va plus loin, et, pour lui, il n'y a pas de tabès sans syphilis, et l'une des raisons de son opinion est que personne n'a jamais vu un tabétique contracter la syphilis. On répond bien, il est vrai, que les tabétiques, étant des impuissants, ne sont pas en mesure de contracter la maladie ; mais le premier malade est un exemple de tabès avec conservation complète des fonctions génésiques, et il n'est pas une exception. En réalité, si les tabétiques ne contractent pas la syphilis, c'est qu'ils l'ont eue.

Il faut donc, chez les tabétiques, instituer le traitement spécifique. Tous les malades ne le supportent pas aussi bien. Par exemple, un individu atteint d'atrophie papillaire eut, après trois injections de calomel, une gingivite intense, qui obligea de suspendre le traitement ; mais l'état du malade s'était déjà amélioré, et il n'y eut pas d'aggravation de l'atrophie papillaire. C'est que de pareils malades sont extrêmement sensibles au mercure qui agit chez eux à doses moindres.

Le traitement par les injections de calomel est un peu pénible, mais malgré la douleur qu'il provoque, malgré même les abcès dont les injections sont quelquefois la cause, les malades le réclament, car ils sentent leur état s'améliorer.

Une jeune femme contaminée autrefois est un exemple de cette assertion. Elle présenta pendant douze ans des troubles vésicaux, et eut des douleurs fulgurantes extrêmement violentes, qui apparaissaient tous les six mois, d'abord, puis qui devinrent incessantes. Comme signe objectif, on ne note chez elle que le signe d'Argyll et la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien.

Soumise aux injections de calomel, elle les supporta très mal, et eut de multiples abcès ; mais, malgré cela, elle supplie qu'on continue le traitement, car sous son influence la malade qui ne dormait plus a retrouvé le sommeil, et les douleurs ont presque complètement disparu.

Ces effets bienfaisants du mercure ne s'observent que dans le tabès. Témoin un malade envoyé dans le service par M. Vaquez. Il y a quelque temps, il était complètement paralysé, et présentait des signes qui permettaient d'affirmer l'existence d'une affection organique de la moelle : réflexes tendineux exagérés, épilepsie spinale, extension des orteils, et cela des deux côtés. M. Vaquez avait pratiqué la ponction lombaire, et constaté de la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien. Il s'agissait donc d'une paraplégie spasmodique sous la dépendance de la suçilité. Sous l'influence du traitement mercuriel, l'état du malade s'est considérablement amélioré.

On voit donc l'utilité du traitement mercuriel dans la syphilis du système nerveux,

Société Médicale de Montréal

SEANCE DU 15 OCTOBRE 1907

Présidence de Monsieur Lesage.

Membres présents : Barette, Boucher, Bourgoïn, Bourgeois, Cormier, Côté, Daigle, Décarie, F. de Martigny, Dion, Dupont, Ethier, Gagnon, Donald Hingston, Larose, Loir, Marcil, Marien, R. Masson, Mason, Plamondon, Prévost, Rhéaume, Rousseau, Roux, J. N. Roy, St Denis, St Jacques, Valois, Verner.

Le procès verbal de la dernière assemblée est lu et adopté après que le nom du Docteur Loir fut ajouté à la liste des noms de ceux qui sont proposés ce soir comme membres titulaires de la Société.

NOS EAUX MINÉRALES — Monsieur le Dr RIVET — Monsieur Rivet étant absent la lecture de son travail est renvoyé à une séance ultérieure.

Le Dr J. N. ROY — Mélanose palatine primitive ancienne. Fistule naso-buccale récente d'origine sarcomateuse.

Intéressante communication sur une affection mélanique du voile du palais datant de 21 ans. Dans ses dernières années, un sarcome est venu se mettre de la partie, et a produit une fistule naso-buccale. La mélanose palatine est excessivement rare, et l'observation du Dr Roy est la troisième rapportée.

Nous publierons dans un prochain numéro cette intéressante observation.

Le Dr Plamondon dit avoir traité un malade atteint de tumeur du palais chez lequel il a fait plusieurs curettages, cautérisation et ablations. Le malade est mort la même année.

Le Dr O. Mercier rapporte un cas d'ostéo-sarcome du maxillaire supérieur qu'il a opéré, et qui a présenté une récurrence dans les bourses.

Le Dr Hingston donne de plus amples détails sur la pièce anatomique qu'il a examinée. D'après lui la lésion était d'abord de nature angiomatéuse, et avec le temps est devenue mélanosarcomateuse. Il ajoute quelques mots sur l'histoire clinique de ce malade qu'il connaît. Il demande au Dr Roy dans quel état est son patient, et ce qu'il pense d'une intervention opératoire.

Le Dr Marien après avoir examiné la pièce anatomique dit qu'il ne trouve pas d'éléments sarcomateux. Il lui est impossible de faire un diagnostic vu que la préparation microscopique semble quel-

que peu altérée ; mais il pense que l'on est pas en présence d'un sarcome mélanique.

Le Dr St Jacques qui a examiné la préparation fraîche, réaffirme dans son opinion le diagnostic de sarcome mélanique. Il ajoute que la question de l'origine de cette variété de sarcome n'est pas encore précise et claire pour les pathologistes, et cite ce fait dernièrement rapporté d'un malade qui fit du sarcome mélanique viscéral sans aucune manifestation primitive localisable soit à la peau soit à l'œil.

En réponse le Dr Roy demande à M. Plamondon si la tumeur de son malade était de nature mélanique ; et, sur la réponse négative, il fait remarquer que le présent travail a rapport à la mélanose.

Son patient a maintenant une fistule naso-buccale des deux côtés, et le cavum est rempli de masses néoplasiques. La dépression palatine augmente il ressent des douleurs et des symptômes généraux commencent à se manifester.

Quant à l'opération le malade l'a toujours refusée. Il croit qu'il y aurait eu récurrence vu l'envahissement des parties environnantes. Les ravages de la figure auraient été considérables, puisqu'il aurait fallu enlever les os du nez et les maxillaires supérieurs. En plus le malade aurait couru tous les dangers connus des complications post-opératoires.

M. Roy cite Delbet qui veut que toute tumeur mélanique qui naît ailleurs qu'à l'œil et à la peau soit un sarcome. La préparation microscopique à l'état de coloration fraîche ayant été examinée par plusieurs pathologistes, parmi lesquels le Dr Adami, et ayant été classé sarcome mélanique ; le Dr Roy se déclare amplement satisfait du diagnostic de tumeur mélanosarcomateuse tel que posé.

LES FRACTURES SPONTANÉES — Monsieur le Docteur B. BOURGEOIS — Ce travail très intéressant sera publié in extenso dans notre prochain numéro.

DISCUSSION — Le Dr O. F. Mercier rapporte quatre cas de fractures qu'il classe comme spontanées.

(1) Fracture de l'humérus survenue chez une femme opérée longtemps auparavant pour cancer du sein.

(2) Fracture du fémur, survenue pendant une course à obstacles, alors que le coureur portait en plus sur son dos un compagnon d'un poids assez lourd.

(3) Fracture du fémur non consolidée après 90

jours de traitement chez un jeune homme. Le docteur Mercier fit une opération ayant pour but de suturer le fémur, il tomba sur un foyer d'ostéomyélite d'origine tuberculeuse et dut amputer la cuisse.

(4) Une vieille femme de 96 ans tomba sur le plancher de sa maison et se fractura le fémur au tiers moyen. Quarante-huit jours après son accident elle mourrait sans aucune trace de consolidation de sa fracture.

Le docteur St Jacques donne des nouvelles de sa malade qui après trois semaines ne manifeste aucun signe de tendance à la consolidation, et souffre encore de douleurs fulgurantes dans la jambe opposée où elle présente à la cheville un type classique d'arthrite tabétique.

ELECTION DE MEMBRES TITULAIRES — Les docteurs Donald Hingston et Marcell sont nommés scrutateurs. Messieurs les docteurs Loir, Parizcau, Barette, Brossard, Laurent sont élus à l'unanimité membres de la Société Médicale.

A 10.45 heures la séance est levée.

Réponses aux Correspondants

COMMENT RENDRE LE CATHÉTÉRISME INDOLORE ET FACILE

M. le Secrétaire
du Journal de Médecine et Chirurgie.

J'ai un malade qu'il me faut cathétériser. Il est très nerveux et se plaint de fortes douleurs lors du passage de la sonde. Y a-t-il possibilité de rendre indolore le cathétérisme.

Bien à vous,
Votre confrère,

R. S.

En réponse à la demande ci-dessus, je recommanderai à notre confrère d'injecter dans l'urèthre avant de passer la sonde, environ 3 à 5 cc (1-2 à 1 cuil. à thé) de la solution suivante :

Chlorhydrate cocaïne... .. 1 gramme 25

Eau stérilisée... .. 25 cc.

soit donc d'une solution à 5 p.c., et de l'y maintenir 3 à 4 minutes en comprimant le méat.

En rapport avec la même question, je relevais justement ces jours derniers, dans les annales des

maladies des organes génito-urinaires une étude par Fonneau, où il recommande pour les interventions prolongées sur l'urèthre d'anesthésier le canal par l'injection d'huile cocaïnée.

L'huile d'olive est employée. Lavez la à l'alcool pour la purifier, laissez reposer, decantez l'alcool et enlevez l'excès avec un papier buvard, puis stérilisez la au bain marie.

Puis ajoutez 1 ou 2 p.c. de cocaïne "pure", le chlorhydrate ne se dissolvant pas dans l'huile.

Le bain intérieur de l'urèthre à l'huile cocaïnée vous permettra des interventions plus longues qu'avec l'injection cocaïnée aqueuse.

E. ST JACQUES.

Note — Les membres de la Rédaction seront toujours heureux à l'occasion de répondre par la voix du Journal, à toute demande des confrères sur quelque question professionnelle que ce soit.

LE SIGNE DE KERNIG DANS LA MÉNINGITE

C'est avec plaisir que nous nous rendons au désir exprimé par un de nos lecteurs en répondant aux questions suivantes :

1. En quoi consiste le signe de Kernig ?
2. Est-il pathognomonique de la méningite ?

Le signe de Kernig, qui porte le nom de son auteur et qui fut décrit en 1882, consiste dans l'impossibilité pour le médecin de redresser la jambe sur la cuisse du malade, lorsque ce dernier est assis de telle manière que le tronc forme un angle droit avec la cuisse. Tant que le malade est dans le décubitus dorsal, on peut étendre ses jambes sans rencontrer aucune résistance musculaire. Mais si on le maintient fermement dans la position assise, nous voyons les jambes fléchies sur les cuisses et les cuisses sur le bassin, et quelque forte que soit la pression exercée sur les genoux, il est impossible de vaincre la résistance musculaire, et de ramener les jambes dans l'extension complète. Pour nous servir de l'expression de Dieulafoy, il existe alors une contracture de flexion.

D'après Roglet, dans une thèse parue en 1900, cet état serait dû à l'augmentation de la pression intra-cranienne et à la présence d'un exsudat dans les méninges de la moëlle, qui irriterait les racines des nerfs spinaux. Il s'en suivrait une hypertonicité musculaire qui, en raccourcissant les muscles, empêcherait l'extension de la jambe sur la cuisse quand cette dernière est maintenue à angle droit

avec le tronc. Cette théorie expliquerait la disparition du signe de Kernig quand survient la paralysie, le muscle perdant alors sa tonicité. Elle expliquerait encore sa disparition à la suite de la ponction lombaire, car la pression sur les racines des nerfs étant diminuée, l'hypertonie serait détruite.

La plupart des auteurs reconnaissent à ce signe une valeur diagnostique de premier ordre dans la méningite cerebro spinale, quelqu'en soit l'agent pathogène. (Diplocoque de Weichselbaum, pneumocoque, streptocoque, bacille de Koch).

Il n'existerait, d'après Dieulafoy, dans les méningites cérébrales que lorsque la lésion envahit les méninges de la moëlle.

Chez l'enfant il manque assez souvent, à cause de l'extensibilité facile des muscles, en présence de la force que déploie la main de l'examinateur.

T BRUNEAU,

Ass. à la Clinique Médicale
de l'Hôtel-Dieu.

Etude faite au Laboratoire Biologique du Radium

Par MM. Louis Wickham, médecin de St Lazare, ancien chef de clinique de la Faculté à l'hôpital St Louis, et Degrais, chef de laboratoire à l'hôpital St Louis.

Sur l'action du Radium dans l'Epithélioma cutané, présentée par MM. Hallopeau et Gastou au Congrès International de Dermatologie de New-York, — 7 septembre 1907.

La note que nous apportons au Congrès, sur le traitement de l'épithélioma cutané par le Radium, est détachée d'une étude générale que nous poursuivons depuis plusieurs années, sur l'emploi du Radium dans les maladies de la peau.

Cette étude comporte environ 1,500 applications réparties sur 110 malades, la plupart de la classe hospitalière qui nous ont été adressés par nos amis et maîtres des hôpitaux.

Elle a mis en évidence le pouvoir complexe qu'a la Radio-activité d'analgésier les tissus, de les décongestionner, de dévier dans leur évolution morbide les cellules altérées et même de les détruire.

Elle nous a montré que ce pouvoir pouvait être utilisé en divers groupes de la pathologie cutanée particulièrement dans :

1. Certaines formes de dermatoses chroniques, superficielles, sèches, localisées, rebelles (comme certaines formes d'eczémas, d'eczématisation et de lichénification, certaines formes de névrodermites, de lichen ruber plan et de psoriasis) avec action analgésique particulièrement favorable sur l'élément prurit de quelques-unes de ces dermatoses.

2. Certaines formes de noevi vasculaires et pigmentaires.

3. Et dans les Epithéliomas cutanés et cutanomaqueux.

C'est à ce dernier groupe que nous limitons notre communication; nos études ont porté sur 41 épithéliomas dont un certain nombre sont en cours de traitement.

Nos appareils ont été analysés par M. Baudouin préparateur de Physique au laboratoire biologique du Radium aussi, connaissant les rayonnements utilisables, ceux qui pénètrent les tissus, nous avons pu, en tenant compte de la durée et du nombre des applications indiquer pour chaque résultat obtenu la dose et la nature de la Radio-activité employée.

Si M. Danlos, depuis ses travaux de 1905, a pu considérer le Radium comme le traitement de choix des petits cancroïdes, l'attention n'a pas été attirée sur l'action du Radium dans les épithéliomas plus importants ni sur la question du dosage.

Nous insisterons surtout sur ces deux points.

Le dosage est d'une utilité primordiale. Il indique l'activité du sel de Radium utilisé et surtout la radiation extérieure de l'appareil employé, celle correspondant à la quantité de rayons qui pénétreront les tissus — l'activité initiale est en effet diminuée du fait de l'incorporation du sel de Radium à un vernis spécial destiné à fixer le sel sur l'appareil.

Le dosage donnera aussi la teneur en rayons X, B et V tous utilisés dans le traitement de l'épithélioma.

Grâce à ces données, nous pourrions, suivant les caractères objectifs d'un épithélioma, indiquer quel sera le temps d'application utile pour obtenir la guérison.

Ces temps d'application seront variables suivant que l'on aura affaire à un Epithélioma bourgeonnant, ulcéro-croûteux à évolution torpide, ténébrant.

Prenant pour type d'appareil un appareil de 1 cent. 1-2 de diamètre contenant 0,025 de sulfate de Radium, ayant comme activité 500,000, une radiation extérieure de 62,000 et contenant 2 p.c X, 84

p.c. B et 14 p.c. V nous pouvons approximativement évaluer à 7 à 8 heures de temps utile pour l'épithélioma bourgeonnant ; dans ce cas les cellules jeunes de prolifération sont plus facilement influencées.

Dans l'épithélioma ulcéro-croûteux qu'il faudra toujours avoir soin auparavant de débarrasser de sa croûte, la surface ainsi mise à nu est exulcérée, avec une bordure de perles épithéliales et un centre légèrement cupuliforme ; dans ce cas, 10 à 12 heures d'application en moyenne seront utiles.

Enfin, dans la forme ténébrante à bords taillés à l'emporte-pièce avec dépression profonde et fond atone, 14 heures environ deviendront nécessaires.

Les séances seront de une heure à 2 heures tous les jours ou tous les deux jours.

15 jours à 3 semaines après la dernière application commencent les phénomènes de réaction. Ceux-ci consistent en l'apparition d'une croûte meilliforme plus ou moins épaisse reposant sur une petite nappe de pus. La croûte n'adhère que très peu à sa périphérie et il est facile en appuyant légèrement à son centre de constater qu'elle repose sur un plan fluctuant et, en même temps de faire sourdre une ou deux petites gouttelettes purulentes. Pendant la présence de cette croûte il existe aussi un suintement parfois assez abondant de sérosité. Le malade ressent pendant cette phase une sensation de chaleur assez vive.

Si on soulève cette croûte, ce qui est toujours facile, on voit la nappe purulente qui, une fois enlevée, laisse à découvert les tissus de réparation. Ceux-ci, de couleur rosée, comblent assez rapidement les cavités qu'avait creusé la néoplasie et, signe très caractéristique la lésion qui saignait facilement ne saigne plus.

Comme soins à donner à cette réaction l'application de vaseline boriquée suffit habituellement, mais si la suppuration tend à devenir par trop abondante, quelques touchements à l'eau d'Aïbour dédoublée rendront des services appréciables.

La croûte peut se reformer plusieurs fois mais chaque fois l'on constate qu'elle est moins épaisse, que la suppuration diminue et que l'écoulement de sérosité se tarit.

Enfin, entre la 6ème et la 8ème semaine, la croûte existante enlevée facilement sera remplacée par une cicatrice qui témoignera de la guérison.

Pendant quelque temps encore, la surface sera le siège de squames légères qui peu à peu disparaîtront.

Et alors, tandis que dans les formes bourgeon-

nantes la fonte progressive de la tumeur rendra aux organes leur forme et leur niveau primitifs dans les autres variétés l'arrêt du processus destructeur permettra aux tissus un bourgeonnement qui nivellera la lésion.

Il est bien entendu que toutes les indications données au sujet du temps d'application devront varier en plus ou en moins suivant l'activité plus ou moins grande du sel employé.

Il est aussi possible de procéder par méthode sèche, avec des temps d'application très courts et répétés, on évite ainsi les réactions mais le traitement y perd en rapidité.

Les épithéliomas que nous avons eu à traiter siégeant presque tous à la face, la question de la cicatrice joue un rôle considérable et celles obtenues par la Radiumthérapie méritent qu'on s'y arrête un instant ; dans tous les cas, on obtient une surface de réparation qui est lisse de niveau avec les tissus sains périphériques ; la coloration, d'abord un peu blanchâtre ne tarde pas à prendre une teinte presque normale ; au toucher on a une sensation de souplesse appréciables dans le cas où les on a affaire à une cicatrice rétractile qui pourrait entraîner des déformations préjudiciables à l'esthétique.

Celle-ci est si parfaite que parfois il devient impossible de retrouver les traces de l'ancienne lésion.

Le second point intéressant concerne les épithéliomas de grandes dimensions.

Nous avons pu les faire bénéficier de la Radiumthérapie par l'emploi d'un appareil mesurant 6 cent. de diamètre contenant 0,20 de sulfate de Radium ayant une activité de 500,000 une radiation extérieure 290,000 à 300,000 contenant 10 p.c. X, 75 à 80 p.c. B et 10 à 15 p.c. V et le champ du traitement de choix des petits épithéliomas peut s'élargir et englober les grands épithéliomas.

Le Radium, source merveilleuse de rayons curatifs, aura parfois l'avantage de pouvoir être utilisé là où d'autres traitements ne peuvent trouver leur emploi grâce aux formes multiples que peuvent revêtir les appareils porteurs de Radium.

Un appareil terminé par une petite sphère nous a permis de traiter un œil de sac conjonctival envahi par un épithélioma d'abord cutané.

Une lame plate nous facilite le traitement de la face conjonctivale des paupières et avec un appareil cylindrique, nous pénétrons dans le conduit auditif.

L'application des appareils peut être directe ; leur désinfection pouvant se faire d'une manière soit simple en les soumettant aux vapeurs de formol, mais pour préserver le vernis qui quoiqu'il soit très résistant pourrait à la longue se détériorer du fait du contact prolongé avec des surfaces humides, nous enveloppons les appareils dans une feuille de baudruche.

La préservation des tissus sains quand les dimensions de l'appareil ne correspondent pas à celles de l'épithélioma se fait avec une feuille de plomb ou de plomb caoutchouté dans laquelle on fait une lumière de la grandeur de la lésion.

Comme précaution complémentaire, il sera prudent d'interposer entre le plomb et la peau une feuille de papier ou d'aluminium car la face postérieure du plomb devient le siège d'une émission de rayons secondaires provenant de la transformation des rayons primaires.

Avant de conclure, nous signalerons la guérison obtenue dans un cas d'épithélioma bourgeonnant de la lèvre inférieure situé un quart sur la portion rouge de la lèvre et trois quarts sur la face muqueuse buccale.

Les résultats que nous avons obtenus permettent :

1. De confirmer la formule traitement de choix appliquée par M. Danlos au traitement des petits cancéroïdes par le Radium.

2. Ces résultats d'autre part élargissent le champ d'action du Radium et montrent qu'avec des appareils appropriés ce champ d'action s'étend à des épithéliomas qui comme siège, comme dimensions, comme caractères rebelles, dépassent les faits décrits jusqu'ici.

3. Le Radium a une certaine élection sur la cellule cancéreuse, puisqu'en certain cas il peut la modifier ou la détruire sans produire d'ulcération cliniquement visible ni altérer sensiblement les tissus sains voisins.

4. Les applications sont faciles, l'esthétique des tissus de réparation est très satisfaisante, elle atteint parfois la perfection.

5. Notre étude réalise un premier essai de dosage.

Le Radium s'offre donc comme un moyen de plus qui vient d'une part s'ajouter aux traitements par les rayons X, les ablations chirurgicales, les caustiques et qui d'autre part peut se combiner avec eux.

Il offre des avantages qui lui sont personnels pour certaines localisations peu accessibles aux autres moyens.

Un mot encore, l'intérêt qu'il y a à établir l'action curative des rayonnements du Radium en un point quelconque de la pathologie cutanée élevant bien au-dessus du fait en lui-même la question de la Radiumthérapie.

En effet, ne peut-on espérer que s'ils peuvent être portés dans les profondeurs de l'économie, ces rayons modifier aussi et de même façon les tissus morbides de nature analogue ?

Or, c'est là un espoir qui n'est point actuellement sans base, nous avons pratiqué nombre d'injections sous cutanées et intramusculaires de solutions contenant du Radium et nous avons constaté que ces injections étaient bien supportées du moins aux doses utilisées ; et nous avons d'autre part obtenu certains résultats encourageants que nous avons présentés à la Société de Dermatologie.

Mais cette question de la pénétration dans l'économie de l'énergie radio-active est fort complexe : elle comporte l'étude chimique d'énergie nouvelle de l'émanation et de la radio-activité induite qui en dérive.

Aussi cette étude ne peut espérer progresser qu'à la double condition d'être très étroitement aidée par la collaboration de laboratoires de Physique et Chimie et de médecine expérimentale et d'avoir à sa disposition les éléments de recherches nécessaires.

Ces conditions, nous les avons trouvées réunies au "Laboratoire biologique du Radium" elles nous ont paru constituer des éléments d'études de haut intérêt et nous ont conduit à y poursuivre nos recherches.

L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR EN ALGERIE

Le Gouverneur Général d'Algérie vient de faire accepter par le Conseil Supérieur de la colonie un projet de création d'une université algérienne. Dans cet établissement on donnera l'enseignement supérieur. Il y aura un institut des sciences naturelles, d'agriculture expérimentale, de zoologie et d'hygiène. L'exposé des motifs, rédigé par les Professeurs Bouchard et Moissan venus en Algérie pour examiner la question, montre les avantages politiques et sociaux de cette fondation. Cette université établira un lien puissant entre les différentes races qui forment la population de l'Algérie. On trouve en effet dans cette colonie française des Français, des Arabes-musulmans, des Juifs-arabes, des Espagnols, des Italiens, des Anglo-maltais.