

MONTREAL-MEDICAL

VOL. II

15 JUIN 1902

No 4

QUELQUES NOTES SUR LA CAGE THORACIQUE, SES MUSCLES ET SES ORGANES

PAR M. LE DOCTEUR MIGNAULT,

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

Dépouillée de la ceinture osseuse de l'épaule, la cage thoracique a la forme d'un cône tronqué un peu aplati en avant, dont le sommet répond aux premières côtes, appuyées sur la première dorsale, et la base au rebord des fausses côtes, et à la dernière dorsale.

Avant d'aborder la question des organes qu'elle contient, ce serait peut-être utile d'étudier la cage thoracique au point de vue de l'ostéologie.

Parlons d'abord du sternum.—Cet os, servant de point d'appui antérieur pour un certain nombre de côtes, diffère de tous les autres par sa texture spongieuse. Composé primitivement de plusieurs morceaux, il présente chez l'adulte une extrémité supérieure, le *manubrium* ou poignée qui, en prenant contact avec la partie moyenne de l'os, forme une saillie horizontale qui indique le niveau de l'articulation du deuxième cartilage costal.

Cette saillie qui peut toujours se trouver même chez les sujets qui offrent le plus d'embonpoint est un point de repère très important lorsqu'il s'agit de compter les côtes sur la face antérieure de la cage thoracique.

Le gladiolus, ou deuxième partie du sternum, reçoit sur ses côtés les cartilages costaux de plusieurs côtes. Il n'est pas rare de voir un ou deux de ces cartilages laisser son échancrure articulaire pour se fixer sur la surface antérieure de l'os.

L'appendice xiphoïde qui reste généralement à l'état cartilagineux, présente très souvent une perforation et peut se recour-

ber en arrière ou en avant, ou bien se diriger à droite au à gauche.

Par arrêt de développement le sternum présente parfois une fissure longitudinale, ou hiatus qui permet à l'observateur de sentir les pulsations cardiaques à travers la peau. Je n'ai rencontré cette anomalie qu'une fois, et dans ce cas, la fissure était très courte et très étroite. D'un autre côté j'ai lieu de croire que le déplacement antérieur des cartilages costaux n'est pas très rare.

L'articulation de la plupart des côtes avec la colonne vertébrale, est très intéressante à étudier. Rappelons-nous que la tête de la côte présente généralement deux facettes articulaires qui forment un angle dièdre dont le sommet sert à l'insertion du ligament interosseux, et répond au disque intervertébral. D'un autre côté les facettes articulaires des corps vertébraux sont disposées de manière à présenter une échancrure triangulaire dans laquelle la tête de la côte s'avance à la manière d'un coin.

Or, l'extrémité postérieure de la côte est le point d'appui sur lequel s'exécutent les mouvements costaux, et la conformation des surfaces osseuses facilitent beaucoup ces mouvements tandis que le ligament interosseux joue le rôle d'un pivot.

D'un autre côté, malgré les ligaments un choc d'une certaine violence pourrait peut-être amener une luxation postérieure des côtes si nous n'avions pas la grosse apophyse transverse qui vient appuyer la tubérosité costale à une faible distance de la tête.

Un autre point d'intérêt dans cette articulation, c'est que le sommet de la côte porte directement sur le disque intervertébral, de sorte que ce dernier peut agir comme un coussinet lorsque les côtes sont poussées avec trop de violence contre la colonne.

Suivons maintenant une des côtes moyennes vers le sternum. — Nous avons d'abord l'*angle*, un point qui serait nécessairement très exposé à la fracture sans l'accumulation de tissu osseux qui l'entoure, et les praticiens savent que les côtes se cassent généralement un peu plus en avant.

Chemin faisant, nous pouvons voir comment l'artère intercostale se dissimule au fond de la rainure qui occupe la face interne du bord inférieur de l'os, et nous arrivons à l'union

avec le cartilage costal. Normalement ce dernier continue l'arcade osseuse sans former d'angle, mais il arrive souvent de voir ces cartilages se vousser de manière à présenter une saillie plus ou moins prononcée qui dépasse de beaucoup le sternum. Je me rappelle d'avoir vu un cas semblable chez un enfant d'école qui avait été "tassé dans un coin" par ses camarades.

Du côté de la colonne vertébrale nous avons plusieurs états anormaux qui viennent sous l'observation du médecin praticien. Tels sont, par exemple, la *scoliose*, qui se rencontre malheureusement trop souvent, ou encore la saillie postérieure d'une ou deux épines qui sont les signes avant-coureurs de la gibosité.

Si le praticien ordinaire n'est pas appelé à traiter ces difformités, il doit, du moins, pouvoir les reconnaître à leur début, époque où il est souvent facile d'enrayer leur marche progressive et épargner à son petit patient les disgrâces qui attendent ceux qui en sont porteurs.

Les muscles qui entourent la cage thoracique sont, comme on le sait, très nombreux et ils jouent presque tous un rôle plus ou moins important dans les fonctions respiratoires.

Nous avons ainsi les muscles d'inspiration forcée, tels que le petit pectoral et les scalènes, et dont les fonctions sont parfaitement comprises.

Les intercostaux externes, qui étaient autrefois regardés comme des muscles inspirateurs seulement, semblent être chargés d'une fonction plus importante et certainement plus intéressante. Tout le monde sait que l'augmentation du diamètre vertical, et antéro-postérieur de la cage thoracique, produit un vide que la nature se hâte de combler par l'air qui se précipite à travers la glotte pour aller gonfler les poumons. Or, ce courant d'air rencontre sur son passage un chemin plus ou moins facile à suivre.

Il y a ainsi le rétrécissement du larynx entre les cordes vocales, l'élasticité des poumons, et la résistance des organes de la cavité abdominale; il y a en outre la pression atmosphérique sur le pourtour de la cage thoracique, de sorte que sans ces muscles il y aurait un certain affaissement des espaces intercostaux et par là même une diminution notable de la quantité d'air inspiré. Le rôle des intercostaux externes est donc de se raidir au moment de l'inspiration afin que le vide créé dans la cage thoracique soit aussi grand que possible.

Je voyais dernièrement un enfant chez qui une bronchite capillaire amenait lentement l'atélectasie pulmonaire, et l'air pénétrait de moins en moins dans les vésicules du poumon, malgré les efforts inspiratoires les plus énergiques. Au fur et à mesure que la maladie s'avanceit, je voyais céder de plus en plus les intercostaux externes fatigués de lutter contre la pression atmosphérique jusqu'à ce qu'enfin chaque espace intercostal fut devenu, pour ainsi dire, une rainure.

On a souvent fait observer que les fibres musculaires des intercostaux externes suivent la même direction que celles du grand oblique, et on a cherché à en déduire une similarité de fonction. C'est-à-dire que l'on a pensé qu'une certaine partie de ce muscle concourrait à l'acte inspiratoire. Pour moi, je suis porté à croire que sa portion postérieure, c'est-à-dire, celle qui s'étend entre les deux ou trois dernières côtes et la crête iliaque, aide à l'inspiration de la manière suivante. D'abord la contraction du diaphragme doit nécessairement attirer les côtes flottantes vers la ligne médiane, et le vide créé dans la cage thoracique doit, grâce à la pression atmosphérique, avoir un effet à peu près analogue. Or si à ce moment, il y a contraction de cette portion postérieure du grand oblique, les côtes seront maintenues dans leur position normale malgré la traction d'en dedans et la pression au dehors. C'est donc pour cela que j'ose dire que, au moins, quelques faisceaux de ce muscle agissent indirectement comme inspireurs. Il est facile, du reste, de se rendre compte de cette action en constatant sur soi-même, ou sur d'autres, que la portion postérieure du grand oblique présente au moment de l'inspiration beaucoup plus de rigidité que la partie antérieure du muscle qui obéit assez mollement à la poussée des intestins refoulés par le diaphragme.

L'air expiré poussé au dehors principalement par la contraction des fibres élastiques du parenchyme pulmonaire, ne rencontre pas, sous les conditions ordinaires, beaucoup d'opposition à son cours. D'un autre côté, comme nous nous servons de ce courant expiratoire en y ajoutant une certaine pression pour faire vibrer nos cordes vocales, comme dans le chant, ou encore pour chasser les mucosités du larynx ou de la trachée comme dans la toux, il faut que cette fois-ci les espaces intercostaux puissent résister à la pression d'en dedans, et c'est là le rôle que l'on attribue aux intercostaux internes. La force du cou-

rant expiratoire dépend, comme on le sait, de l'énergie des contractions des muscles de l'abdomen, et tous les praticiens ont dû voir que la toux qui se continue pendant quelques jours, peut donner lieu à des douleurs assez vives qui ont leur origine dans la fatigue de ces muscles.

Parlons maintenant du diaphragme.—Ce muscle sert d'abord à former une cloison entre les cavités thoraciques et abdominales, et a, par conséquent, des rapports importants avec les muscles des deux cavités. C'est ainsi que le lobe droit du foie peut, après une expiration forcée, refouler le dôme diaphragmatique jusqu'à la quatrième côte, tandis que du côté gauche, la grosse tubérosité de l'estomac, lorsque l'organe est distendu, atteint un niveau qui dépasse de beaucoup celui de la pointe du cœur. Ce dernier rapport intéresse tout particulièrement les praticiens, car il n'est pas rare de voir une distension de l'estomac gêner directement les mouvements du cœur et donner ainsi lieu à des malaises et à des palpitations qui sembleraient venir d'une affection cardiaque, tandis qu'elles disparaissent très rapidement avec l'amélioration des fonctions digestives.

Une petite expérience que j'ai fait faire, l'hiver dernier, à l'École de médecine, m'a permis de me rendre bien compte des rapports intimes qui existent entre le cœur et l'extrémité supérieure de l'estomac. Ayant voulu montrer à mes élèves ce dernier organe *in situ*, et à l'état de plénitude, je l'ai fait injecter au suif par l'œsophage, l'orifice pylorique étant fermé au moyen d'une ligature. J'ai été bien frappé, lorsque mes préparateurs ouvrirent la cage thoracique, du refoulement du diaphragme, et en examinant l'estomac, je voyais sur la face antérieure de la grosse tubérosité, une *empreinte cardiaque* très bien marquée. Il se peut que l'injection, poussée avec un certain "enthousiasme" par mes jeunes gens, aurait pu distendre un peu le sac gastrique, mais d'un autre côté, n'est-il pas vrai que dans les dyspepsies avec flatulence il se trouve dans une condition à peu près analogue.

Je suis heureux de pouvoir rapporter ici cette observation, car elle pourrait servir à fixer dans l'esprit du lecteur un point d'anatomie qui est souvent oublié.

Le comble de la chance pour la femme d'un opticien :
Accoucher de deux jumelles.

DYSPEPTIQUES ET GASTRALGIQUES

Cancer de l'Estomac et Gastralgie par Polygastrie.

LEÇON CLINIQUE PAR M. LE PROFESSEUR PETER

Messieurs,

Je vous parlerai aujourd'hui des maladies de l'estomac et débiterai par l'étude de la plus lamentable de toutes: le cancer de l'estomac. Voici une femme âgée de 61 ans, qui, sans jamais avoir eu un très vif appétit, digérait bien jusqu'en ces derniers temps. Il y a quelques semaines, elle vit son appétit diminuer en même temps que survenait un dégoût profond pour la viande, et, en général, pour toutes les substances azotées, même le pain; elle supportait encore assez facilement les légumes herbacés et le lait. Peu à peu cette anorexie, avec dégoût, augmenta et devint absolue et définitive. Or, Messieurs, lorsqu'un malade de 45 à 60 ans qui, jusque-là, avait des digestions bonnes, perd l'appétit et présente ce dégoût spécial et profond pour les substances azotées, on peut dire qu'il est atteint d'une affection organique, soit de l'estomac, soit de ses annexes: foie, pancréas ou duodénum.

Avant d'aller plus loin, je vous demande la permission de vous exposer en quelques mots la division physiologique des organes qui composent le tube digestif. Il y a des organes de passage et des organes de séjour. Dans les organes de séjour, les corps étrangers que l'on appelle "aliments" doivent séjourner pour subir une élaboration spéciale qui résulte de l'action d'une sécrétion particulière à chacun de ces organes. Dans les organes de passage, le pharynx, l'œsophage et les dernières portions du tube digestif, les sécrétions sont, au contraire, purement muqueuses et indifférentes. Dans l'organe de séjour, le contact du corps étranger remplit le rôle d'un irritant physiologique et provoque la sécrétion; il y a là une action réflexe comparable à celle qui se produit dans l'œil quand un petit corps étranger, une parcelle de charbon, par exemple, arrive sur la conjonctive; il y a alors une double action réflexe: la sécrétion de larmes par la glande lacrymale, les mouvements des paupières qui cherchent à expulser la petite scorie; cette expulsion est rendue plus facile, le corps étranger étant entraîné par les larmes.

Des actions semblables se produisent dans les organes de séjour du tube digestif. Dans la bouche, l'excitation de la muqueuse au contact de l'aliment fait larmoyer les glandes salivaires qui secrètent un liquide destiné, par la diastase, à modifier chimiquement les substances amylacées. Dans l'estomac, une révolte immédiate se produit au contact du corps étranger; de là deux actes réflexes: la sécrétion du suc gastrique, les mouvements péristaltiques. Le suc gastrique attaque immédiatement l'aliment et le corrode par l'acide chlorhydrique qu'il contient; les contractions de l'estomac multiplient les surfaces de contact en faisant mouvoir les aliments. Quand le suc gastrique a suffisamment agi, que le chyme est formé, la sensibilité spéciale du sphincter pylorique permet le passage du contenu stomacal dans le duodénum. Retenez surtout, de cette digestion physiologique, que l'action de contact produit deux actes réflexes: une sécrétion et des mouvements.

Revenons maintenant à notre malade. Elle a un carcinome stomacal, et le premier phénomène fonctionnel qu'elle ait présenté, c'est la perte de l'appétit. Ceci, soit dit en passant, nous permet d'affirmer, malgré les physiologistes, que la sensation de la faim réside dans l'estomac. Pourquoi notre malade n'a-t-elle plus d'appétit? Parce que le cancer, non seulement a modifié directement la muqueuse et détruit localement des cellules à pepsine, mais de plus en a invalidé d'autres par hyperémie de voisinage. Or, je puis vous le dire dès maintenant, si nous ne pouvons rien sur le cancer, nous pouvons beaucoup sur cette hyperémie, et, en la faisant disparaître, nous ramenons en partie le sentiment de la faim.

Le vomissement est un deuxième trouble fonctionnel du cancer; il n'est pas constant. La malade dont je vous parle en a présenté quelques-uns au début; ils ne se sont guère reproduits, bien que la maladie ait une marche rapide, car c'est seulement à la fin de janvier qu'elle a présenté les premiers troubles stomacaux, et maintenant on trouve à la région épigastrique une tumeur volumineuse.

Permettez-moi, à ce propos, d'insister sur la palpation de l'abdomen, qui doit être faite avec précaution: il faut mettre la main à plat et avoir soin qu'elle ne soit pas trop froide (conseil déjà donné par Hippocrate). Dans le cas contraire, on provoque une révolte immédiate des muscles abdominaux, qui rendent

la paroi rigide et ne permettent plus de sentir ce qu'il y a au-dessous. Quand on a laissé la main quelques secondes immobile, pour apprivoiser, pour ainsi dire, la paroi, une sorte de petit mouvement de reptation des doigts permet de la déprimer et de sentir les parties profondes. Si, au contraire, vous agissez brutalement, vous n'arriveriez à aucun résultat.

En appliquant chez la malade ce mode d'exploration, j'ai pu immédiatement trouver la tumeur, qui est située au-dessous des fausses côtes gauches, dure, et est très étendue, puisqu'elle va de la grosse tubérosité à la grande courbure. Dans ces cas, il n'y a presque jamais de vomissements, tandis qu'ils sont, au contraire, très fréquents quand le pylore est envahi. Par contre, dans ce dernier cas, la tumeur est difficilement perçue, par suite de la situation du pylore, qui se cache sous le foie.

La malade n'a pas de douleurs; elles font, en effet, le plus souvent défaut. Il est nécessaire de presser un peu brutalement, de percuter un peu fort pour les provoquer.

Bien que sa maladie date de peu de temps, cette femme est déjà dans la cachexie. Elle a la décoloration des téguments, la teinte jaune paille spéciale, l'émaciation, la faiblesse et, enfin, une double *phlegmatia alba dolens*, et son pouls est notablement augmenté de fréquence. Il est habituel de voir, dans la cachexie, un œdème périmalléolaire double. Ici, il y a plus que cet œdème, car l'infiltration dépend de la double oblitération veineuse: cette oblitération s'accompagne de douleurs aux mollets, dans le creux poplité, sur la saphène et du développement d'une circulation supplémentaire veineuse qui tend à fournir une voie à la circulation entravée. Or, Messieurs, cette *phlegmatia* présente une importance clinique considérable. Je vous ai dit que la tumeur pouvait être impossible à trouver en cas de cancer du pylore; d'autre part, les troubles fonctionnels qu'il entraîne peuvent se voir dans la gastrite chronique. Mais alors, s'il y a *phlegmatia*, on peut dire que la dyspepsie est symptomatique du cancer. C'est Trousseau qui a découvert cette relation pathogénique, et qui a pu vérifier tristement sur lui-même la réalisation du fait et la réalité de sa découverte. En 1866, j'allais le voir le 1er janvier, lorsqu'il me dit: "Mon cher ami, plus de doute, je suis atteint d'un cancer de l'estomac, j'ai une *phlegmatia alba dolens*."

Cette complication se produit par le fait d'une altération

profonde de la crase du sang; elle est symptomatique de l'inoxipexie par hyperinose; il y a excès de fibrine par rapport aux globules. Les lieux d'élection de la coagulation sont les nids de pigeon qui se trouvent à l'embouchure de la saphène, dans la fémorale. La phlegmatia est toujours l'indice d'une cachexie: elle se voit dans la cachexie tuberculeuse comme dans la cachexie puerpérale aiguë. Un malade que nous avons actuellement dans nos salles présente, à gauche, une phlegmatia; à droite, de l'œdème cachectique; il est tuberculeux.

Le cancéreux a une grande partie de sa muqueuse stomacale détruite par la tumeur ou annihilée par l'hyperémie. Il doit donc y avoir chez lui moins d'acide chlorhydrique, ou mieux, moins de suc gastrique sécrété. Or, Messieurs, dans ce siècle de précision, où l'on cherche, avec raison et succès, à trouver la cause des troubles fonctionnels, on s'est préoccupé de l'état du suc gastrique dans la dyspepsie en général; chez le cancéreux, en particulier, il était très intéressant de savoir ce qu'il en était. Le procédé le plus rationnel pour examiner le suc gastrique consiste naturellement à extraire le contenu de l'estomac à l'aide du siphon; ce contenu est ensuite filtré et examiné par un des nombreux procédés qui ont pour but d'apprécier sa richesse en acide chlorhydrique. Malheureusement, l'introduction du siphon n'est pas toujours facile et il y a, de plus, des personnes qui refusent absolument de s'y prêter. Or, Gunsburg a très ingénieusement, je dirais volontiers très spirituellement, tourné la difficulté en utilisant la rapidité d'absorption de l'iodeure de potassium. Communément, l'ingestion de cet iodeure est suivie, au bout de cinq ou six minutes, de l'apparition de l'iode dans la salive; Gunsburg s'est dit alors: Si je fais avaler l'iodeure de potassium, quand l'iode apparaîtra dans la salive je serai sûr qu'il y a eu dissolution et absorption de l'iodeure. Voici comment il a procédé: Il a pris de l'iodeure de potassium, 15 centigrammes, et l'a mis dans un tube de caoutchouc dont il a fermé les bouts à l'aide de fils de fibrine; puis il a renfermé le tube dans une capsule de gélatine et a fait avaler le tout. Que se passe-t-il alors? La gélatine se dissout rapidement et le suc gastrique se trouve en contact avec le tube de caoutchouc; ce suc attaque les fils de fibrine, les liquéfie, et l'iodeure de potassium se dissout et est absorbé. Or, plus vite le fil de fibrine est dissous, plus vite l'iodeure apparaît dans la salive; mais

plus tôt l'iodure apparaît, plus riche est le suc gastrique en acide. Donc, de l'apparition plus ou moins rapide de l'iodure, on peut conclure à la richesse plus ou moins grande du suc gastrique en acide chlorhydrique.

Pratiquement, on opère de la façon suivante: A sept heures du matin, on fait prendre au malade un repas d'épreuve composé d'un œuf, d'un petit pain et d'un demi-verre d'eau; à huit heures, on administre la capsule, puis on fait crachier le patient dans une série de verres de quart d'heure en quart d'heure, et on recherche l'iode en versant dans la salive de l'eau amidonnée additionnée d'une petite quantité d'acide azotique; le liquide bleuit dès qu'il y a de l'iodure. Normalement, la réaction se montre une heure un quart après l'ingestion du tube; si elle se produit plus tôt, au bout de trois quarts d'heure, c'est qu'il y a trop d'acide, ou mieux trop de suc gastrique; si elle n'apparaît que plus tard, c'est qu'il y a moins d'acide chlorhydrique ou plutôt moins de suc gastrique. Chez notre malade, la réaction a eu deux heures et demie de retard.

On en conclut que, dans ces cas et dans les cas analogues, il y a "hypo" au "ana-chlorhydrie". Moi, je dis qu'il y a plutôt *oligo-gastrie*, c'est-à-dire, diminution de la sécrétion du suc gastrique, par analogie à ce qui se produit dans le foie: "acholie" ou "polycholie".

Dans d'autres cas, il y a augmentation de l'acide chlorhydrique (hyperchlorhydrie), ou mieux "plus de suc gastrique sécrété"; c'est, pour moi, de la *polygastrie*.

Chez notre malade, les cellules à pepsine sont les unes détruites, les autres hyperémiées; il y a nécessairement moins de suc gastrique sécrété. Il est évident que, chez les malades de ce genre, on ne peut rien contre la tumeur. Mais, Messieurs, nous ne connaissons que le cadavre du cancer de l'estomac, le cancer mort, le cancer de l'amphithéâtre, et, chez notre malade, il est très probable qu'il y a autour de ce cancer vivant de l'hyperémie, comme nous le voyons dans le cancer du sein, l'hyperémie qui invalide un certain nombre de cellules à pepsine, hyperémie que nous pouvons combattre avec succès par la révulsion au creux épigastrique.

Un de mes malades de la ville présentait un cancer de l'estomac non douteux qui se caractérisait par la tumeur et les troubles fonctionnels. Le médecin qui le soignait le considérait

comme perdu à bref délai. Moi, je conseillai de placer un caudère, dont on entreprendrait la suppuration par un pois; M. Cüffer en surveilla l'application et bientôt le malade alla mieux et put manger des aliments quaternaires, de la viande. Il survécut dix-huit mois et mourut d'une attaque d'apoplexie avec aphasie et hémiplegie droite. Nous avons modifié l'hyperémie et ramené à l'activité des cellules invalidées.

En dehors de ce traitement, il ne reste guère, dans le cancer de l'estomac, qu'à stimuler un peu l'appétit par les amers, dont le meilleur est la liqueur de Baumé, qui agit à la fois et comme amer et comme strychnée en faisant contracter le muscle. On en donnera de une à trois gouttes avant chaque repas; à la fin de ce dernier, il sera rationnel d'administrer une petite quantité d'acide chlorhydrique: dix gouttes dans 200 grammes d'eau et 50 grammes de sirop de Limon. On donnera une à deux cuillerées à soupe de cette préparation.

Je veux, Messieurs, vous dire, dès maintenant, quelques mots des gastralgies, c'est-à-dire des affections de l'estomac avec douleurs. Il y a des individus qui souffrent beaucoup de l'estomac, et qui cependant, à l'inverse des cancéreux, conservent l'appétit. L'explication de ce fait est bien simple: "ces malades ont un bon estomac, mais ils ont une véritable folie du pneumogastrique stomacal". Il y a une impressionnabilité excessive de ce nerf, et, à l'arrivée d'un corps étranger quelconque, un acte réflexe exagéré qui fait pleurer le suc gastrique, d'où la surabondance de ce suc et trop d'acide chlorhydrique. Une fois que ce suc a attaqué les aliments, il attaque l'estomac, d'où la douleur; cette douleur n'apparaît pas de suite après l'arrivée des aliments, mais une heure environ plus tard, au moment où le suc gastrique attaque l'estomac. Il y a une telle perturbation dans la sécrétion, cette sécrétion est si déraisonnable qu'elle se produit à jeun, et que parfois le malade souffre surtout la nuit. Il sait, du reste, ce qu'il faut faire et son instinct le pousse à manger pour fournir à son suc gastrique quelque chose à corroder. Le pneumogastrique se trouve pris dans un cercle vicieux; par suite de son excitabilité, la sécrétion est augmentée au contact des aliments, et cette sécrétion exagérée agit sur lui, l'irrite, d'où la *gastralgie*.

Je ne peux aujourd'hui qu'ébaucher ce sujet si intéressant, et je terminerai en vous disant deux mots sur un malade du

service qui présente des phénomènes de ce genre. Je le pris d'abord pour un stimulateur, tellement il dépeignait vivement ses souffrances; un examen plus approfondi me montra que ses forces digestives étaient très atteintes, car il ne pouvait supporter que le lait et les œufs. De temps à autre, il avait des vomissements; la douleur rendait la palpation très difficile, cependant nous pûmes constater qu'il n'avait ni tumeur ni dilatation. Fils d'une femme nerveuse qui avait longtemps eues les mêmes douleurs, lui-même était très nerveux. Nous avons eu un autre malade qui souffrait de la même manière, avait le caractère très irritable, riait et pleurait sans motifs; il avait une sœur folle enfermée à l'asile de Vaucluse. En ville, j'ai vu plusieurs malades de ce genre, un, entre autres, que j'ai guéri de ses douleurs par le bicarbonate de soude, mais qui est devenu fou. Il avait un père hypochondriaque, une sœur aliénée, et, chez lui, la folie stomacale a été remplacée par la folie cérébrale.

J'ai encore donné mes soins à une jeune fille qui présentait l'anorexie hystérique de Lasègue et ne voulait pas manger à cause de ses douleurs: c'était la fille d'un fou.

Il y a donc des cas où, par suite d'une sorte de folie du pneumogastrique stomacal sans lésions de l'estomac, il y a exagération de sa sensibilité, d'où exagération de la quantité de suc gastrique sécrété, c'est-à-dire ce que j'appelle "polygastrie", cause de la "gastralgie".

PRONOSTIC DE LA NEPHRITE CHEZ LES ENFANTS

PAR M. LE PROFESSEUR GRANCHER

Le pronostic de la néphrite présente, chez les enfants, des différences si grandes qu'il est souvent extrêmement difficile de se prononcer sur l'évolution ultérieure de la maladie. Les faits suivants montrent les différences de formes que peut revêtir la maladie dans ces conditions.

Un enfant de 2 ans environ, bien portant, a été atteint, trois semaines avant son entrée à l'hôpital, de gonflement de la face et des membres, en même temps que les urines étaient épaisses et sanguinolentes. A son entrée, on constatait les mêmes symptômes, et les urines, épaisses et rougeâtres, contenaient une grande quantité d'albumine. Cet état se maintint quelques

jours; puis, au bout d'une quinzaine environ, la guérison pouvait être considérée comme complète. Cet enfant, pendant toute sa maladie, avait conservé un aspect satisfaisant et n'avait pas amaigri. Malgré cela, les symptômes présentés étaient si prononcés qu'il était difficile de ne pas porter un pronostic très sérieux. La difficulté du pronostic était d'ailleurs d'autant plus grande que la cause de cette néphrite était inconnue; il y avait bien coïncidence avec un impétigo, mais cela n'éclairait guère.

D'autres malades du service ont présenté des formes essentiellement différentes. Un enfant de 12 ans est entré avec un rhumatisme et une angine qui duraient depuis quatre jours, lorsque survint de l'albuminurie; celle-ci ne dura qu'un peu, aussi ne peut-on affirmer qu'il y ait eu ici un commencement de néphrite, et cependant l'existence de l'albuminurie survenant dans ces conditions pouvait faire porter un pronostic plus sérieux.

Chez un autre enfant atteint d'un impétigo rodens de la face et des muqueuses, c'est-à-dire une forme particulière de tuberculose cutanée, il existait une albuminurie indiquant une néphrite, certainement de nature tuberculeuse, elle aussi.

Un autre enfant est atteint d'une néphrite scarlatineuse qui s'est montrée avec cette particularité qu'après un certain temps de régime lacté, l'albuminurie a disparu presque totalement. L'intérêt de ce fait est qu'il tenait le milieu entre les cas aigus qui ne durent guère qu'une quinzaine de jours et les cas chroniques qui persistent durant des mois.

Tous ces cas sont fort différents les uns des autres, et on peut se demander si, pour en établir le pronostic, on peut s'appuyer sur quelque signe particulier d'où on puisse tirer une conclusion pour l'avenir.

Il y a eu une époque encore peu éloignée, où l'on a pensé que le pronostic des néphrites pouvait se faire uniquement par l'examen microscopique des urines et par la nature des tubes ou des cellules qu'on y rencontrait. Les tubes muqueux et épithéliaux faisaient conclure à la bénignité; les tubes fibrineux étaient considérés comme plus graves; les cylindres granulo-graisseux et surtout les cylindres hyalins paraissaient être le signe certain de l'incurabilité.

Mais ces observations ne sont que partiellement vraies; on a reconnu que les cylindres hyalins pouvaient se trouver dans des

néphrites bénignes, et M. Charcot a montré, dès 1878, que ces éléments de pronostic étaient insuffisants.

Les signes cliniques ont plus de valeur, mais encore faut-il faire beaucoup de restrictions et établir des différences. Si l'on prend le chiffre de l'albumine, par exemple, on voit qu'il n'a, en général, que peu de signification. Cependant, dans la diphtérie, si l'albuminurie est non seulement abondante, mais précoce et tenace, c'est là un signe grave et pour la néphrite et pour la maladie, mais l'abondance observée seule n'aurait pas grande valeur.

Il y a une importance plus grande à attacher à l'état général du sujet. La néphrite de l'enfant dont il a été question en premier lieu, a été considérée comme bénigne parce que l'état général était resté bon, qu'il n'y avait pas eu d'amaigrissement ni de troubles viscéraux. Si, au contraire, il y avait eu des hémorragies ou des troubles cardiaques, l'idée de gravité se serait éveillée immédiatement. Ce n'est donc pas par l'étude du rein seul, comme on a pu le croire pendant quelque temps, mais par l'ensemble des symptômes, qu'on peut établir le pronostic.

Ce fait n'est pas moins exact pour la néphrite chronique interstielle; c'est l'état des viscères qui constitue l'élément de pronostic le plus certain. Les accidents cérébraux sont, il est vrai, souvent très brusques et difficiles à prévoir longtemps à l'avance. Mais le cœur traduit sa faiblesse par des inégalités, des irrégularités et des œdèmes. Du côté du poumon, on observe des bronchites de forme spéciale qui ne donnent lieu qu'à une petite quantité de râles, mais s'accompagnent d'une oppression assez intense. Il y a désaccord réel entre les signes d'auscultation et le dyspnée: ce sont là des conditions graves au point de vue du pronostic de néphrite. Enfin, la manière dont l'albuminurie répond au régime lacté et la tolérance de celui-ci sont encore des éléments dont il faut tenir compte, car sous cette influence l'albumine diminue rapidement; si le lait est bien supporté, il est évident que la maladie présentera beaucoup moins de gravité.

Au cercle des professions libérales:

“Garçon, servez-moi du *soda water* ?

—Prenez garde, fait observer l'ami, cette boisson pousse à la cholérine; son vrai nom, c'est le *soda water*... closet.”

TRAITEMENT DE LA ROUGEOLE

PAR M. LE PROFESSEUR DIEULAFOY

Je vous ai déjà rapporté l'histoire d'une jeune fille qui fut prise d'accidents adynamiques graves dans le cours d'une rougeole maligne et que j'ai traitée et guérie par les bains froids.

L'observation que je tiens à vous communiquer aujourd'hui est celle d'un cas analogue.

Il s'agit d'une petite fille de 10 ans qui, au commencement du mois de mai, fut prise d'une éruption rubéolique d'abord localisée à la face, plus tard généralisée sur tout le corps, sans fièvre ni phénomènes généraux concomitants. Deux jours après l'éruption disparaissait et l'enfant pouvait être considérée comme guérie

Le 18 mai, huit jours après l'éruption, l'enfant est prise de toux, de phénomènes de bronchite et, deux jours plus tard, d'angine, et de conjonctive. Le 23 la fièvre s'allume, la température monte à 104°, une nouvelle éruption rubéolique apparaît, s'accompagnant de phénomènes généraux graves, agitation alternant avec coma, accélération de la respiration, pouls très fréquent à 145, urines presque supprimées.

Le 24 je fus appelé en consultation: Je proposai les bains froids, et, pour satisfaire aux appréhensions de la famille, je commençai par le bain à 78° et d'une durée de 12 minutes. Les cinq autres bains qui furent donnés dans l'espace de 12 heures, étaient d'une température inférieure et d'une durée plus longue. L'amélioration ne se manifesta d'une façon satisfaisante qu'après le cinquième bain; la malade eut une évacuation d'urine abondante, la peau devint moite, la température tomba à 101°. Je dois ajouter qu'avant le cinquième bain j'ai constaté l'existence dans la poitrine de râles fins qui me faisaient craindre une broncho-pneumonie. J'hésitais avant de donner le bain, mais passai outre et, comme vous voyez, je m'en suis bien trouvé.

Le 26 mai, la température était au-dessous de 100°.4, et à partir de ce moment la guérison était assurée.

Je tiens à relever dans cette observation deux points qui me paraissent dignes d'être mis en relief. Le premier c'est que ma malade a commencé à uriner après les bains. Or, on sait de quelle valeur pronostique, dans les maladies infectieuses, est le

dégré et la quantité de dépuration urinaire. En présence de la menace de broncho-pneumonie on aurait pu penser à un vésicatoire. Mais un vésicatoire dans ce cas n'aurait-il pas encore exagéré la dysurie et créé un nouveau danger ? D'autre part, le bain froid a paru exercer une action salutaire sur la broncho-pneumonie qui était en train de se déclarer. L'enseignement à tirer de ces faits c'est que les états congestifs du poumon, loin de constituer une contre-indication pour l'emploi du bain froid, se trouvent très heureusement modifiés par cette méthode.

REFLEXIONS CLINIQUES SUR L'OVARIOTOMIE

PAR M. LAROYENNE

J'ai fait en vingt ans environ 500 ovariectomies pour kystes de l'ovaire. J'ai obtenu 380 succès et 120 insuccès. Je compte comme insuccès les morts survenant deux ou trois ans après l'intervention par le fait de la repullulation des éléments du kyste, comme il arrive en cas d'intervention incomplète. Si, en effet, on laisse dans le ventre un point quelconque de la paroi du kyste, ce fragment bourgeonne et donne naissance à de nouvelles masses néoplasiques, qui sont plus dangereuses que le kyste lui-même, car dans celui-ci les productions sont englobées dans une membrane d'enveloppe et non libres dans le péritoine comme dans les cas de repullulation par suite d'intervention incomplète.

Un autre mode de repullulation est la greffe péritonéale de fragments néoplasiques, détachés de la paroi du kyste pendant l'opération, et tombés dans le péritoine. Comme dans le premier cas, les bourgeons qui en résultent suivent une marche d'autant plus rapide qu'ils ne sont pas enkystés; ils donnent rapidement lieu à de l'ascite et se reproduisent rapidement par greffe d'un point du péritoine à l'autre. Il est donc nécessaire de toujours faire une ovariectomie complète et de ne laisser aucun fragment libre dans le ventre.

Quand doit-on faire l'ovariectomie ? Toujours dans les cas de kystes de l'ovaire. Il n'y a d'autres contre-indications que les contre-indications à toute opération, tel que l'état de grande faiblesse de la malade. Dans ce cas, il faut s'occuper d'abord de remonter l'état général, faire au besoin une ponction, mais

en venir à l'opération dès qu'elle pourra être supportée. La fièvre, l'albuminurie, les troubles cardiaques, ne sont pas des contre-indications, puisqu'ils diminuent après l'opération. Le grand âge ne doit pas faire reculer; j'ai opéré trois malades de plus de 70 ans; deux sont mortes moins de huit jours après l'opération, mais une a parfaitement guéri.

Voici comment j'opère: incision sur la ligne médiane, d'étendue variable selon le volume de la tumeur; ponction du kyste avec un trocart de moyen volume; cette ponction doit être faite le plus haut possible, car, en se vidant, le kyste subit un mouvement de bascule qui amène l'orifice, fait par la ponction en bas, vers le pubis; je traite les adhérences par les procédés habituels; quant au pédicule, j'insiste sur la nécessité d'enlever toute portion du kyste. Quand il est impossible de pédiculiser la tumeur, il faut la marsupialiser, mais jamais il ne faudra faire l'ablation incomplète et laisser libre dans le ventre une portion quelconque de la face interne ou de la paroi du kyste, sous peine de généralisation péritonéale rapide.

L'ACNE ROSACEE ET LA SEBORRHEE GRASSE DU VISAGE

PAR M. LE PROFESSEUR ALBERT ROBIN

Vous savez combien l'*acné rosacée* ou couperose est difficile à traiter. C'est une des maladies les plus pénibles, puisque c'est une de celles qui défigurent le plus, et que même dans ses formes atténuées elle est capable d'enlaidir le plus joli visage.

Elle est en outre des plus tenaces et très rebelle aux innombrables traitements qui lui ont été opposés.

Je vous citerai ma manière de procéder qui, dans différents cas, m'a largement satisfait.

Sur une surface grande comme une pièce de 10 cents, friction légère d'une demi-minute de durée avec gros comme un grain de millet de savon noir.

Ne recommencer que deux jours après; faire la même friction sur le même point, puis sur un point voisin y touchant et d'égale étendue.

Arriver ainsi à traiter toute la partie malade.

Dans les intervalles, lavage à l'infusion tiède de 7 grains

d'ipéca dans $\frac{1}{2}$ once d'eau et poudrer avec du talc composé ainsi :

R. Talc de Venise.....	.....	.....	3 onces
Essence de verveine....	.....	..	1 drachme
Acide borique porphyrisé..	.....	....	1 once

Puisque nous en sommes aux maladies de la peau, occupons-nous un instant de ce qu'on appelle la *séborrhée grasse du visage*. Elle est caractérisée par un état gras de la peau qui est luisante et graisse un papier de soie qu'on appuie fortement sur elle, et par la présence de petits boutons d'acné d'où l'on peut extraire par la pression une sorte de bourbillon plus ou moins dur.

Pour guérir cet état, il est indispensable d'extraire par la pression le bourbillon (comédon) de chaque bouton d'acné, car ce comédon contient des parasites qui se sèment autour du bouton et étendent peu à peu le mal sur toute la figure. Mais une fois le comédon enlevé, il faut l'empêcher de revenir et traiter en même temps la séborrhée grasse qui en est la condition essentielle.

Pour cela prescrivez, pour la toilette du visage, de l'eau boriquée à 4 %, additionnée d'une eau de toilette faite comme suit :

R. Eau de Cologne officinale.....	.....	.....	3 onces
Essence de verveine.....	.....	.....	$\frac{1}{2}$ drachme
Menthol.....	.....	.....	2 grains
Thymol.....	.....	.....	4 grains

Vous l'emploirez comme une eau de toilette vulgaire et dans les mêmes proportions.

Chaque soir, lavez avec l'infusion d'ipéca dont je vous ai donné la formule à propos du traitement de l'acné rosacée.

La nuit et dans la journée, faites poudrer la figure au talc boriqué, dont vous connaissez également déjà la composition. On peut l'aromatiser à l'iris, si l'on préfère cette odeur à la verveine.

Le jeudi et le dimanche, au lieu de la toilette simple à l'eau boriquée, faites faire le matin un lavage à la macération de bois de Panama et de quassia à parties égales (2 % de chaque) en faisant mousser sur tout le visage; rincer ensuite à l'eau boriquée, puis poudrer au talc boriqué.

Dans une soirée. On annonce :

—M. le baron de Sedlitz.

—Allons, bon ! s'écrie H..., il va déranger tout le monde.

TUBERCULOSE ET VARIOLE

Dans une statistique portant sur 300 varioleux, M. Landouzy n'en a trouvé que 3 p. 100 qui ne fussent pas devenus tuberculeux.

En général, la tuberculose a un début tardif chez les anciens variolisés; c'est en général de 10 à 30 ans après la variole qu'apparaît l'infection bacillaire. Le début peut cependant être plus précoce. Dans nos observations, nous relevons: 1 cas un an après, 3 cas deux ans après, et 11 cas avec un intervalle de moins de 4 ans.

Plus le début est précoce, plus la forme de la tuberculose nous a paru grave (granulie, forme galopante).

Dans les tuberculoses chirurgicales post-varioliques, nous relevons aussi les localisations les plus sévères de l'infection bacillaire (coxalgie, mal de Pott, tuberculose testiculaire).

La forme clinique de la variole ne semble pas avoir une influence bien marquée sur la date d'apparition de la phtisie, mais on peut affirmer *a priori* que plus l'infection variolique aura été intense, plus sûres seront les chances de tuberculisation précoce. Dans quelques cas, la variole a été si discrète que ce n'est qu'à grand'peine que l'on arrive à en retrouver des vestiges sur la face.

Dans une de nos observations, il existait deux cicatrices, une sur le nez, l'autre sur le front, et nous pouvons affirmer l'existence de la variole, ayant donné nos soins à ce client pendant l'épidémie qui désola Marseille en 1896; exception faite pour l'angine et la rachialgie qui furent intenses, la variole fut ou ne peut plus discrète comme éruption. Deux ans après (février 1898), le malade était emporté par la granulie.

M. le professeur Landouzy a fait les mêmes constatations chez deux malades.

L'action baciliphile de la variole est bien établie.

Que les médecins qui mettent en doute cette prédisposition tuberculeuse des anciens variolisés, veuillent bien suivre leurs malades, et ils pourront se rendre compte de l'exactitude des faits que nous avançons. Cette influence de la variole sur le développement de la tuberculose n'est pas une simple curiosité clinique, elle offre un intérêt pratique de la plus haute importan-

ce qui nous oblige à conclure qu'une vaccination parfaite chez un sujet sain est la prophylaxie par excellence contre la variole et par suite contre la tuberculose.

Dr LOP.

RECHERCHE QUALITATIVE DES MATIÈRES ALBUMINOÏDES DANS LES URINES

PAR M. A. MAITRE.

Tout d'abord il est indispensable d'opérer sur une urine parfaitement limpide et de réaction acide, la coagulation des matières albuminoïdes se faisant mal dans un milieu alcalin.

Si donc l'urine ne devient pas limpide par une filtration répétée, y ajouter goutte à goutte de la lessive de potasse ou de soude caustique jusqu'à légère alcalinité, chauffer légèrement, laisser refroidir et filtrer; la précipitation des phosphates terreux entraîne les matières en suspension. Verser goutte à goutte de l'acide acétique dilué au quart jusqu'à réaction légèrement acide. Ce procédé nous a toujours donné de très bons résultats pour clarifier les urines.

En second lieu, il faut s'assurer que l'urine ne contient ni alcaloïdes, ni médicaments (quinine, antipyrétiques, etc.), ce qui serait indiqué par le réactif de Bouchardat. Ce réactif, comme l'on sait, précipite les alcaloïdes sans précipiter les matières albuminoïdes.

Ceci fait passer aux réactions suivantes :

1^o Essai rapide.—Mettre quelques centimètres cubes d'urine dans trois tubes à essais. Traiter le premier par l'acide acétique pur à froid (pyine, mucine), le second par le réactif d'Esbach ou de Tanret (globuline, sérine, peptones) et le troisième par le ferrocyanure acétique à froid (albumoses ou propeptones).

Si dans les trois tubes on n'obtient ni louche ni précipité, on peut conclure à l'absence de matières albuminoïdes dans l'urine.

2^o Dans le cas contraire, suivre méthodiquement le tableau suivant que nous avons établi d'après les données du Congrès international de Pharmacie avec quelques modifications.

Tableau pour la recherche des Matières albuminoïdes dans l'urine.

<p>Un louche ou un précipité,</p>	<p>1. Ce précipité, séparé par simple décantation, se dissout dans l'ammoniaque en donnant une solution filante. Le dépôt de l'urine contient de nombreux leucocytes,..... Pyine. 2. Le dépôt de l'urine contient peu ou pas de leucocytes, mais de nombreuses cellules épithéliales..... Mucine.</p>
<p>Ajouter à l'urine de l'acide acétique pur à froid. On obtient :</p>	<p>Un louche ou un précipité... Globuline. Une liqueur claire, mais l'urine primitive débarrassée de pyine, de mucine et de globuline donne par l'acide trichloracétique à chaud un louche ou un précipité..... Sérine.</p>
<p>Une liqueur claire ne contenant ni pyine, ni mucine. Ajouter quelques gouttes de solution d'acide trichloracétique au $\frac{1}{2}$ et porter à l'ébullition pendant $\frac{1}{2}$ minute. On obtient :</p>	<p>Un louche ou un précipité soluble à chaud qui reparait à froid, également soluble dans une solution étendue de carbonate de soude..... Albumoses ou Propéptones. Une liqueur claire. Mais l'urine primitive débarrassée des autres matières albuminoïdes donne par les réactifs de Tanret ou d'Esbach un précipité soluble à chaud qui reparait à froid. Peptones.</p>

(1) Il est préférable d'employer le sulfate d'ammoniaque au lieu du sulfate de magnésie qui peut donner lieu à la précipitation de sels de magnésio insolubles et induire en erreur.

CONCLUSIONS PRATIQUES SUR LES EFFETS THERAPEUTIQUES DE LA LEVURE DE BIÈRE

PAR MM. HALLION ET CHARRON

Voici quels résultats nous avons obtenus après de minutieuses recherches expérimentales sur l'action thérapeutique de la levure de bière :

I. La levure de bière exerce sur la toxine diphtérique une action neutralisante directe des plus énergiques.

II. La levure de bière fraîche ou desséchée, reste vivante et fermente activement dans le suc gastrique, même fortement hyperacide.

De ces faits, on peut tirer les présomptions suivantes :

1o Il semble indiqué de badigeonner avec la levure de bière les fausses membranes diphtériques accessibles ;

2o La levure vivante dans le tractus gas'tro-intestinal y agit de deux manières : d'une part en vertu de la loi de la lutte pour l'existence, en gênant la pullulation des germes nocifs ; d'autre part en détruisant certaines toxines comme elle détruit la toxine diphtérique ;

3o C'est par là sans doute que la levure amende les diarrhées (Thiercelin, Chevrey). C'est aussi de cette façon qu'elle agit sur la furonculose, l'acné, affections qui sont très souvent causées, favorisées ou aggravées par des fermentations digestives vicieuses, et par l'auto-intoxication qui en résulte.

LE REGIME LACTE CHEZ L'ADULTE

PAR M. LE PROFESSEUR LÉPINE.

Le lait, aussi pur que possible, peut-il être considéré comme l'aliment par excellence de l'adulte ? Non, car beaucoup d'adultes ne le digèrent pas aussi bien que l'enfant. Alors qu'il est bien digéré, bien qu'il ne donne pas de diarrhée, le lait doit être considéré comme un aliment d'exception, chez l'homme sain adulte.

En effet, une fraction notable des matières albuminoïdes et de la graisse du lait n'est pas absorbée ; de plus, en raison de la forte proportion d'eau qu'il renferme, on peut dire qu'il est encombrant, et qu'il ne convient pas aux estomac dilatés ; il ne stimule pas le système nerveux, et ne donne pas la sensation de

force. "La vie, a dit un vieux maître, ne s'entretient que par les excitants." Si cette proposition est vraie, le lait n'entre-tiendrait pas la vie.

Voilà les défauts du lait. Heureusement plusieurs d'entre eux constituent, pour certains malades, un avantage sérieux.

Le régime lacté est la règle chez les *brightiques*, chez les *fébricitants*, dans la fièvre typhoïde, la scarlatine, le rhumatisme articulaire aigu.

Le lait est indispensable dans certaines *maladies du tube digestif* ; l'ulcère rond de l'estomac, certaines diarrhées et dysenteries chroniques.

Il est précieux dans l'ictère catarral. Il faut le donner en quantité médiocre, moins d'un litre, de l'écrémer, et de le diluer avec une certaine quantité d'eau alcaline. Il peut être utile d'y ajouter de la glucose, de préférence au sucre de canne ou mieux du tapioca ou quelque autre féculent.

Dans les affections nerveuses, l'épilepsie entre autres, le lait peut présenter des avantages.

Il a été recommandé par Dongkin dans le diabète à la dose de cinq à six litres ; ce régime a pu être favorable chez les diabétiques à pouvoir glycolytique peu diminué, en raison de l'alimentation insuffisante. Ce régime est absurde chez des diabétiques graves.

En somme, avec le lait, le médecin peut obtenir des effets très différents, faire engraisser un malade ou le faire maigrir, le reconstituer ou le débilitier, à la condition qu'il connaisse la composition du lait qu'il emploie.

Faculté de médecine :

On demande à un professeur pourquoi on accorde le diplôme à un grand nombre d'ignorants.

"Tiens, répond le prince de la science, ce sont ceux-là qui, plus tard, nous appellent en consultation."

Entendu rue St-Denis :

Deux jeunes femmes causant entre elles de leurs bébés :

—Comment, vous nourrissez! moi, je n'ai pas pu.

—Moi j'ai très bien réussi, mon bébé prend le sein comme un petit homme.

LARYNGITES CATARRHALES PRODUITES PAR L'USAGE DE LA BICYCLETTE

PAR M. LE DOCTEUR RAGONEAU.

Parmi les nombreux accidents dus à l'usage des bicycles, bicyclettes, tricycles, il en est un qui n'a pas encore été signalé: je veux parler du développement de laryngites catarrhales. Beaucoup de jeunes gens viennent nous consulter pour un mal de gorge qui, disent-ils, date de fort peu de temps; ils se plaignent d'une sensation de sécheresse et de picotement, voire même de brûlure à la gorge; puis la toux est venue, accompagnée de quelques crachats muqueux et quelquefois striés de sang (mais à peine); la voix enfin s'est voilée et c'est alors qu'ils se sont décidés à venir consulter. Tous font un usage journalier et quelquefois immodéré de la bicyclette et chaque fois qu'ils ont fait sur ces instruments une course un peu longue et surtout à allure vive, ils constatent une recrudescence dans les accidents laryngés.

L'examen laryngoscopique montre d'abord un état de sécheresse et de congestion prononcé du pharynx; la muqueuse est rouge vineux, injectée, parsemée d'un semis de granulations congestives; les cordes sont d'un rouge pâle, mais toujours colorées, contrairement à l'état normal, et leurs faces sont recouvertes de mucosités plus ou moins visqueuses.

Je crois qu'il est facile d'interpréter le mécanisme de ces accidents:

Disons, tout d'abord, que tous ces jeunes gens (de 18 à 27 ans: 9 observations) sont à l'ordinaire d'une excellente santé; les pounons sont absolument sains; un seul, parmi les neuf en observation, a présenté un léger degré d'emphysème pulmonaire: — aucun antécédent héréditaire; de plus aucun n'est sujet à s'enrhumer, les muqueuses sont donc en parfait état d'ordinaire.

Tous ceux qui se sont servis des moyens de locomotion précédemment décrits, savent combien il faut dépenser de force pour gravir une côte, ou conserver une certaine vitesse sur une route ordinaire: or, c'est précisément cet effort qui est la cause des accidents: en effet, le vélocipédiste incline le corps en avant: premier effet nuisible à la respiration: puis la force déployée pour la marche de l'appareil nécessite un appel considérable d'air, d'où la respiration par la bouche, celle par le nez

devenant insuffisante: enfin, pour compléter ce tableau, la vitesse de la marche fait pénétrer dans le larynx et les poumons une quantité considérable d'air avec une rapidité énorme et, par conséquent, une pression en rapport avec la vitesse.

Tous ces faits accumulés ont pour résultat d'exposer le voyageur aux dangers de la respiration buccale augmentés de l'excès de la pression de l'air inspiré; l'expiration est elle-même forcément augmentée, d'où, finalement, exagération du travail physiologique amenant l'état pathologique.

La suppression de la cause et un traitement approprié ont amené une rapide guérison des neuf cas soumis à notre observation.

LE BICARBONATE DE SOUDE EN CHIRURGIE

PAR M. MALLET.

Le bicarbonate de soude saponifie les matières grasses de la peau, ramollit l'épiderme et en amène la chute. Il excite donc les fonctions cutanées et favorise les sécrétions.

La solution alcaline agit à l'égard des plaies, non pas comme antiseptique, mais par le fait seul de son alcalinité. Le pansement alcalin agit donc comme un "sérum local". Il vient en outre donner aux éléments cellulaires une suractivité fonctionnelle qui les met en demeure de lutter avec plus d'avantages, contre l'envahissement des germes infectieux.

Le bicarbonate de soude peut s'employer sous trois formes différentes: en poudre, en pommade ou en solution. C'est surtout sous cette dernière forme qu'il est le plus usité.

Le pansement humide ne doit être appliqué qu'après la désinfection préalable de la plaie, et doit être renouvelé entièrement une fois par jour. La plaie doit être en outre irriguée à deux reprises différentes dans la même journée avec la solution alcaline.

La solution à 5 % paraît être la solution de choix.

Les avantages du pansement alcalin sont les suivants: 1o Il est peu coûteux; 2o il est d'un maniement facile; 3o il n'expose jamais le malade aux intoxications que donne quelquefois l'emploi des antiseptiques; 4o il tarit la suppuration; 5o il atténue l'odeur; 6o il calme les douleurs; 7o il donne un surcroît de vitalité aux tissus et accélère le travail de cicatrisation des plaies.

CURE DE LUMIERE

PAR M. LE DOCTEUR F. LAGRANGE

Il existe un mode d'application de la cure d'altitude, dont les succès ont fait un certain bruit, bien qu'il représente une méthode un peu en dehors des usages de la médecine courante, et qu'il semble l'antipode du système de précautions et de restrictions du sanatorium fermé. C'est la cure dite *de lumière*, imaginée par Rikli, empirique d'une grande valeur, l'un des représentants les plus en vue de ce que les Allemands appellent le *Traitement naturel*. Rikli, qui jouit dans l'Allemagne du Sud et l'Autriche d'une réputation très étendue, a installé dans les montagnes de la Carniole, non loin de Trieste, une station où, sous cette rubrique de "cure de lumière", les malades sont soumis à l'ensemble de tous les agents modificateurs de l'air des montagnes. Nous avons dit qu'un des facteurs essentiels de l'effet curatif des altitudes était la lumière. C'est donc sur le sommet d'une montagne que Rikli a installé son Institut, afin d'y trouver, dans son maximum d'intensité, l'agent thérapeutique dont il recherche l'action.

Ce système, qui est d'une hardiesse un peu excentrique, ainsi qu'on va le voir, recherche l'effet de la radiation lumineuse de l'air, non seulement sur la rétine, mais encore sur la surface cutanée de tout le corps. Aussi la pratique fondamentale de la cure consiste-t-elle dans l'exposition du corps absolument nu à la lumière du jour et, du même coup, à toutes les intempéries de l'air. Les malades doivent passer la plus grande partie de la journée dans un état de nudité complète et arrivent peu à peu, grâce à une accoutumance progressive, à supporter sans aucune protection, ni abri, toutes les variations atmosphériques, les ardeurs du soleil, les averses de pluie, les coups de vent, etc. Il faut dire que le sanatorium de Rikli n'est ouvert qu'en mai et ferme en octobre, ce qui rend possible ces curieuses pratiques d'"endurcissement".

Le sanatorium de Rikli est situé à une altitude de 2,400 pieds, et le site a été choisi de manière à obtenir une vue très étendue et une lumière très intense. Un immense parc, séparé en deux parties par une haute muraille, permet aux hommes et aux femmes de faire leur traitement côte à côte sans se voir. Outre certaines autres pratiques hygiéniques de régime alimen-

faire et de balnéation, dont nous n'avons pas à nous occuper ici, le traitement a donc pour base l'exposition du corps nu à l'air lumineux de la montagne, et les résultats de ce traitement sont merveilleux, s'il faut en croire les malades mêmes qui en ont ressenti les effets.

Si on veut ne pas s'arrêter au côté excentrique de la cure de lumière ainsi comprise, et passer par-dessus ce qu'a de choquant pour nos habitudes, ce traitement tant soit peu sauvage, il est aisé de comprendre que ses effets puissent se traduire par une modification profonde et utile du système nerveux de la nutrition. Ce n'est plus là évidemment une "cure d'altitude", bien qu'elle se fasse en montagne et que les agents thérapeutiques utilisés par elle empruntent à l'altitude même un surcroît d'action. Dans cette forme de traitement, en réalité très complexe, on retrouve à la fois, outre le "bain de lumière", le "bain d'air" et le "bain de soleil", sans compter la douche froide les jours de pluie. Il faut compter de plus, avec l'action de l'air vif, raréfié et ozonisé, sur la respiration; il faut compter surtout avec cette sorte d'éducation des centres nerveux qui diminue l'impressionnabilité de tous les organes et crée le remarquable état d'endurance, d'immunité pour les variations atmosphériques, que les hygiénistes empiriques ont si bien nommé "endurcissement".

La cure de lumière de Rikli faite en montagne représente avant tout une puissante gymnastique de la peau, dont les variations du temps permettent de varier les formes, de manière à faire fonctionner à tour de rôle les divers appareils cutanés: appareils nerveux, sécréteur et vaso-moteur. Au grand soleil, le malade couché sur le sol sec ou sur une plate-forme en planches, laisse son corps exposé aux rayons les plus ardents de juillet ou d'août, pendant un temps qui varie, suivant son état d'accoutumance, de quinze minutes à une heure, mais il a soin, pendant toute la durée de ce "bain de soleil", de garantir sa tête sous l'abri d'un parasol ou d'une guérite en osier. Une sudation abondante est la conséquence de cette insolation prolongée — et aussi parfois une inflammation superficielle de la peau quand le sujet ne s'est pas progressivement cuirassé contre les morsures du soleil de montagne. — Quand il pleut en torrents, le sujet peut à son gré subir la pluie ou s'abriter sous un kiosque quand cette douche naturelle a suffisamment duré. Le

vent, quand il n'est pas d'une extrême violence, vient encore jouer le rôle d'un utile stimulant des nerfs cutanés, dont l'action vaut, et au-delà, celle d'un massage ou d'une énergique friction. Enfin, même dans les endroits abrités, la brise de montagne se fait toujours sentir avec une intensité suffisante pour exciter la peau nue, vaste surface sensitive où prennent leur point de départ tant de réflexes utiles au fonctionnement des organes éloignés.

Si l'on joint à tant de causes d'excitation des centres nerveux l'influence de la lumière intense qui inonde l'espace ambiant et favorise si puissamment les échanges nutritifs; si l'on y ajoute enfin l'action spéciale qu'exerce l'air vif et raréfié des hauteurs sur la fonction respiratoire pour en augmenter l'énergie, on verra qu'en fin de compte l'organisme humain se trouve soumis dans la cure dite "de lumière", aux plus puissantes causes d'excitation qui puissent stimuler un organisme paresseux et activer les fonctions "ralenties". Aussi est-ce seulement dans les cas où nul organe n'est atteint d'une lésion confirmée, qu'un tel traitement peut s'appliquer sans danger. Mais, ce qu'on ne saurait nier, c'est qu'un grand nombre de sujets à organes parfaitement sains et à nutrition simplement "ralentie", sont trop souvent soumis par la médecine courante à une hygiène de repos et de précautions excessives, qui aboutit à éterniser leurs malaises en "inhibant" leurs centres nerveux; tandis que les cellules où s'endort pour ainsi dire la force vitale fonctionneraient avec autant d'énergie que de régularité, si on leur fournissait l'excitation nécessaire.

Ce qu'il y a de certain, c'est que la cure d'altitude conduite suivant la barbare méthode de Rikli a guéri, à ma connaissance, plusieurs malades traités vainement par tous les agents pharmaceutiques. Il est vrai que ces malades n'étaient ni des tuberculeux, ni des cardiaques, mais des neurasthéniques arthritiques, malades si nombreux à notre époque, et dont la vie est empoisonnée par les souffrances les plus diverses, sans qu'aucun de leurs organes soit lésé.

Un Français demande à un docteur américain un remède contre la variole:

"Yes, dit le diplômé de San-Francisco, buvez du thé *for ever*.
Tiens! moi qui n'aime que le thé faible et noir!"

DE LA CONSERVATION DE L'HYMEN AU POINT DE VUE MEDICO-LEGAL

Dans une de ses audiences du mois de mai, l'aveugle Justice a eu à juger une affaire qui soulève une question médico-légale des plus intéressantes.

Il s'agissait d'une femme qui, ayant perdu son mari après dix-huit mois de ménage, se remariait en avril 1900 et, après huit mois de cohabitation avec son second mari, se décidait à tenter à celui-ci une action en divorce basée sur une accusation de refus d'accomplir le devoir conjugal. Les constatations médicales montrèrent, en effet, que la femme n'était pas déflorée, mais, le tribunal rejeta la demande en divorce, considérant que la présomption d'apparente virginité se trouvait amoindrie par le fait que la demanderesse était veuve en premières noces, et que, d'autre part, rien ne démontrait qu'il y eût eu abstention volontaire de la part du défendeur.

On peut, il me semble, à l'occasion de ce procès développé dans des circonstances aussi bizarres, se demander quelle valeur on peut attacher à la conservation de l'hymen au point de vue médico-légal.

L'état de la membrane hymen peut, dans certains cas, ne rien signifier au point de vue de la virginité réelle de la femme. C'est ainsi que j'ai eu l'occasion d'observer un cas de grossesse, avec conservation de la membrane, chez une domestique qui avait été violée, et qui, dans ces conditions d'apparente virginité, n'avait pu convaincre le médecin qu'elle avait été trouver immédiatement après l'attentat.

Les faits de ce genre sont très importants à connaître, car, dans les cas où les constatations médicales démontrent que la membrane hymen est intacte, on est évidemment le plus souvent tenté de rejeter complètement l'idée de viol.

Dans un rapport médico-légal, il faut, indépendamment de l'état de conservation de la membrane hymen, noter les caractères particuliers qu'elle peut présenter. Il est, en effet, des cas, dans lesquels la membrane hymen peut être assez résistante pour avoir pu se prêter au coït sans être déchirée; cette résistance spéciale doit être évidemment mentionnée par le médecin légiste.

Il est certain que ce n'est pas tant la destruction de la membrane hymen qui caractérise le viol que le fait même de l'ab-

sence de consentement de la femme dans un acte de possession plus ou moins complet ; et cela est si vrai, que, dans le sens de la loi, il peut y avoir viol même sur une fille publique.

L'état de la membrane ne constitue qu'un des éléments qui peuvent fournir à l'instruction quelques déductions, et il est bien d'autres considérations dont on doit tenir compte : ainsi s'assurer de l'absence d'ecchymoses, rechercher des traces de sperme, etc.

TRAITEMENT MEDICAL DES ADENOPATHIES TUBERCULEUSES

PAR M. LE DOCTEUR SÉBILEAU.

1o Se lever, chaque matin, d'assez bonne heure, pour faire, avant de commencer son travail, une promenade à pied, d'au moins une heure ;

2o Après cette promenade, prendre un tub froid et faire ensuite, sur tout le corps, une friction sèche avec un gant de crin ; déjeuner avec lait bouilli, pain, œufs, beurre ;

3o Travailler dans une pièce exposée au soleil (bain de soleil) ; avoir soin de laisser la fenêtre toujours ouverte ou d'aérer la pièce le plus fréquemment possible ;

4o Courte promenade à pied avant et après déjeuner ;

5o Alimentation avec viandes bien cuites (rôties ou grillées), poissons, lait bouilli, œufs ; utiliser des féculs et des aliments gras quand ceux-ci sont bien supportés ;

6o Avant le dîner, si possible, nouvelle promenade d'au moins une heure ;

7o Coucher dans une chambre dont une fenêtre au moins sera ouverte jour et nuit, hiver comme été, mais s'y garer du froid et du courant de l'air ;

8o Avant le coucher, faire sur tout le corps une friction à l'alcool, après une séance d'exercices d'assouplissement des membres et du tronc (gymnastique suédoise) ;

9o Le matin, au lever, prendre, dans un quart de verre d'eau stérilisée, quatre gouttes de :

Liqueur de Fowler.... . 4 drachmes

Etiquetez : *Poison*. Augmenter chaque jour d'une goutte jusqu'à concurrence de dix. Diminuer ensuite d'une goutte par jour jusqu'à quatre gouttes. Suspendre huit jours et recommencer ensuite de la même manière ;

10o Un quart d'heure avant chacun des deux principaux repas prendre quatre cuillerées à potage de :

Huile de foie de morue..... 1 pinte

Chacune de ces prises sera suivie de l'ingestion, dans une cuillerée d'eau stérilisée, d'un cachet contenant :

Poudre de pepsine amylicée..... 8 grains (No 20)

11o A la fin de chacun des deux principaux repas, prendre dans une double quantité d'eau, un verre à liqueur du vin composé suivant :

Vin de Malaga.....Q. s. p. 1 pinte

Glycérine neutre..... 2 onces

Phosphate de soude..... 150 grains

Extrait mou de quinquina..... 150 grains

12o Prendre, trois fois par semaine, un bain dans lequel on fera dissoudre :

Chlorure de sodium..... 2 livres

13o Habiter, dans la mesure du possible, la campagne.

NEVROSES DE LA PROSTATE

PAR PEYER.

L'auteur distingue trois variétés de névroses de la prostate : 1o l'hyperesthésie de l'organe tout entier ; 2o l'hyperesthésie de la région prostatique de l'urèthre ; 3o l'irritabilité du sphincter vésical. La première est la plus rare ; elle se traduit par une sensation presque constante d'irritation de la région prostatique qui souvent devient très douloureuse. Au moment de la défécation, l'orgasme sexuel se produit souvent, et la sensation s'irradie quelquefois jusqu'à la paume de la main ou la plante du pied. Toute sensation vive a un écho dans la région malade. Le sommeil est difficile ; la fatigue musculaire est rapide ; on note souvent de la congestion céphalique et des palpitations cardiaques.

L'hyperesthésie de la portion prostatique de l'urèthre, souvent décrite sous le nom de névralgie du col de la vessie, est en général un symptôme de neurasthénie ; mais elle relève aussi d'un état d'irritation locale, chronique de la muqueuse uréthrale. Sa caractéristique est une excessive sensibilité au passage de la sonde, ne s'éteignant pas après de fréquents cathétérismes.

L'irritabilité de la zone musculaire se traduit par une légère crampe du sphincter, disparaissant rapidement, au début de la

miction. Les malades ne peuvent pas uriner en présence d'autres personnes, ni la nuit lorsqu'ils sont torturés par le besoin de dormir. Quelquefois l'état est chronique et les malades ne peuvent jamais uriner immédiatement lorsqu'ils en éprouvent le besoin. Ils sont obligés de garder le repos pendant un certain temps, de porter leur attention sur autre chose, d'éviter tout effort; d'autres n'y arrivent qu'après avoir exercé des tractions répétées sur la verge. Le jet se produit d'abord goutte à goutte. D'après Civiale, cet état est provoqué par les excès de coït ou de masturbation; Ulfzmann incrimine également la blennorrhagie.

Le traitement doit être subordonné à l'élément causal: toniques du système nerveux chez les neurasthéniques; cathétérisme une fois par semaine, en laissant la sonde en place pendant 20 à 30 minutes, si l'affection est d'origine locale; — instillations de nitrate d'argent, dans les cas de reliquat gonorrhéique. Dans tous les cas, régulariser les fonctions intestinales et la vie sexuelle, interdire les longues marches et l'équitation, les boissons alcooliques, le café et le thé. Les bains, les cures thermales sont également utiles.

LES MÉDICAMENTS D'ÉPARGNE

PAR M. LE PROFESSEUR SOULIER.

Le physiologiste, le clinicien, le thérapeute, lorsqu'ils parlent d'action d'épargne, doivent n'avoir en vue que l'épargne des albuminoïdes de constitution.

Le physiologiste énumérera dans l'ordre suivant les trois grandes classes d'aliments quant au maintien ou au rétablissement de l'équilibre azoté; albuminoïdes, hydrates de carbone, graisse. La gélatine, qui s'élimine en totalité sous forme d'urée, est cependant un aliment énergétique: elle est plus aliment d'épargne que les hydrates de carbone, *a fortiori* que les graisses.

Le clinicien considère l'action d'épargne comme le résultat d'une action maderatrice de la nutrition d'une diminution des oxydations, d'un ralentissement de la dénutrition. Je propose de réserver le qualificatif *antidéperditeur* au médicament d'épargne que l'on suppose agir ainsi.

L'expression *médicaments d'épargne* pourrait être réservée au seul groupe kola-café, caractérisé cliniquement par la présence d'alcaloïdes xanthiniques. Les membres de ce groupe,

bien loin d'être des modérateurs de la nutrition, paraissent être des accélérateurs de la nutrition, des oxydants. Ils n'en sont pas moins des agents d'épargne des albuminoïdes de constitution, en ce sens que leur principale caractéristique est que, dans le cas de privation d'aliments, ils deviennent tout particulièrement aptes à utiliser les réserves alimentaires de l'organisme.

L'arsenic, considéré par quelques-uns comme un modérateur de la nutrition, à ce titre agent *antidépensateur*, doit, d'après nous, plutôt figurer dans le groupe kola-café. L'arsenic est un mobilisateur d'oxygène; son mode d'agir relève des fermentations; il peut être considéré comme un ferment.

L'ESTOMAC AUX CHEVEUX

Sept cent soixante grammes (une livre et demie) de cheveux dans l'estomac d'une jeune fille de seize ans! C'est un pendant aux jeunes filles aux aiguilles, aux boutons, aux mouchoirs, aux jarrettières, etc. Telle jeune fille, tel goût. Il en est qui dévoient leurs tabliers, leurs robes, petit morceau par petit morceau; les aiguilles! il en est qui les absorbent par douzaines. Au bout d'un certain temps, on les voit sortir de la peau par milliers. C'est un fait connu, encore plus répandu qu'on ne le supposait autrefois. Ces malades avouent qu'elles ne savent pourquoi elles avalent aiguilles et tissus, mais qu'elles sont absolument obligées, malgré elles, de se livrer à ces actes incompréhensibles.

La jeune fille aux 760 grammes de cheveux en fit provision progressivement pendant des années jusqu'à ce qu'il se déclare une tumeur dans l'estomac. C'est M. Giraud qui a présenté cette masse énorme de cheveux à la Société de chirurgie de Lyon. La tumeur mesurait 28 centimètres de large et 7 centimètres d'épaisseur. Le diagnostic ne fut pas commode. La jeune fille s'était bien gardée d'aider les recherches des médecins. On diagnostiqua fibrome de la paroi, péritonite tuberculeuse enkystée, splénomégalie, kyste du pancréas. La laparotomie montra que la tumeur siégeait dans l'estomac. On fit une gastronomie de 7 centimètres et l'on retira... le paquet de cheveux.

La jeune fille, après l'opération, finit par avouer que, depuis quatre ans, elle avalait des cheveux! Encore heureux! Il en est qui n'auraient jamais avoué.

ACTION THERAPEUTIQUE DU GUACO DANS LES AFFECTIONS CUTANÉES ET PRURIGINEUSES, ET DANS LES NEURALGIES

Communication de M. le docteur L. Butte à l'Académie de Médecine de Paris.

A la dernière séance de l'Académie de médecine, M. le Dr L. Butte, ancien chef de Laboratoire à l'hôpital Saint-Louis, a fait une remarquable communication sur l'action physiologique et thérapeutique de l'extrait de Guaco. Il s'agit d'une liane originaire du Mexique et appartenant à la famille des Aristolochiées, que M. Butte avait déjà expérimentée avec succès dans les affections cutanées. Il avait été amené à employer cette plante d'après une observation donnée par un de ses clients qui aurait été guéri très rapidement d'une morsure de serpent venimeux par un bain de décoction de Guaco et l'usage interne de la plante. Examinant la plante de plus près, il reconnut l'existence d'une substance active se solubilisant en présence des alcalins.

Action physiologique.—M. Butte a fait l'étude physiologique de l'extrait de la plante, étude qui l'a conduit à la découverte de propriétés remarquables dont les applications seront fécondes dans de nombreuses affections où la thérapeutique était restée jusqu'à ce jour à peu près impuissante.

L'injection de l'extrait de Guaco détermine d'abord chez les animaux des phénomènes d'excitation, des vomissements, de la diarrhée, puis des l'affaiblissement musculaire, ensuite de la paralysie motrice. Sur les système nerveux, la propriété la plus remarquable du Guaco s'exerce sur le pouvoir sensitif des nerfs mixtes. De faibles doses suffisent pour amener l'insensibilité des nerfs au point que la faradisation du bout central du nerf mixte sectionné ne donne plus lieu à aucun phénomène. La paralysie motrice survient ensuite, mais les muscles ne cessent pas de réagir à l'excitation faradique. Ce sont en effet les centres nerveux moteurs qui sont paralysés. Mais avant d'arriver aux doses capables de produire ce résultat, on constate toujours la perte du pouvoir sensitif des nerfs mixtes. L'analyse physiologique a montré à M. Butte que cet état d'insensibilité est dû à une action de la substance sur les centres sensitifs et que ce sont ces centres et non les nerfs qui sont paralysés. C'est cette propriété physiologique qui a été mise à profit en thérapeutique dans de nombreux cas où il y a indication à l'utiliser.

Le Guaco exerce encore une action sur la contractilité musculaire qui diminue d'amplitude, sur la respiration qui s'accélère puis s'arrête si la dose est forte. De même encore les battements du cœur sont accélérés, moins amples, et si on pousse les doses à l'extrême, le cœur s'arrête en dernier lieu, après la respiration.

Action thérapeutique.—S'appuyant sur l'action du Guaco sur les centres nerveux sensitifs, M. Butte l'a expérimenté dans les affections dont les symptômes semblaient devoir être influencés par les propriétés de la plante, et notamment dans celles où il était indiqué d'obtenir une diminution de la sensibilité.

Ce sont d'abord les névralgies qui fournissent un champ fort étendu d'expériences. Les résultats qu'il a obtenus dans les névralgies en général et particulièrement sur celles survenant au cours des affections grippales ont été des plus remarquables. Dans l'immense majorité des cas, les douleurs, qu'il s'agisse même de névralgies intercostales, faciales, ou de sciatique, ont été rapidement atténuées. Certaines névralgies rebelles ont disparu au bout de vingt-quatre heures. On sait que si quelques névralgies cèdent plus ou moins facilement à la quinine, à l'antipyrine, etc., il en est qui font le désespoir du malade et du médecin, il n'était donc pas inutile de posséder une arme de plus dans les cas où l'on a épuisé toutes les ressources thérapeutiques connues

À côté des névralgies, il est d'autres affections qui pour être moins douloureuses n'en torturent pas moins péniblement les malades, il s'agit des affections prurigineuses de toute nature. Or celles-ci ont été très heureusement influencées par l'emploi du Guaco intus et extra, et depuis dix ans le médicament a donné sous ce rapport à son auteur les résultats les plus remarquables. Comme exemples, M. Butte cite les eczemas prurigineux, le prurigo d'Hebra, le prurit généralisé, le prurit sénile, le prurit ano-vulvaire, le prurit des parties génitales de l'homme, l'urticaire, etc. Le traitement a été employé dans tous les cas, soit sous forme de bains, de lotions ou compresses, soit à l'intérieur par l'ingestion des préparations de pilules et de sirop d'extrait de Guaco. Dans presque tous les cas les malades ont vu disparaître rapidement les symptômes qui constituaient un des tourments de leur existence

. Parmi les observations relatées dans cette intéressante communication, on peut citer un cas d'eczéma localisé chez un sujet

atteint de néphrite et éprouvant des démangeaisons l'empêchant de dormir. Un seul jour de traitement par les compresses imbibées dans une solution de Guaco a suffi pour faire disparaître les démangeaisons et la cuisson. Le traitement étant continué à l'intérieur, les phénomènes irritatifs de l'eczéma ne tardaient pas à disparaître.

Dans un autre cas d'eczéma presque généralisé, traité sans succès par les moyens ordinaires, des lotions pendant le jour et des compresses pendant une nuit ont calmé définitivement le prurit. Le traitement étant continué, le malade a guéri en quelques jours. Même succès dans un cas d'eczéma vulvaire ancien chez une diabétique âgée de 60 ans qui exagérait son mal par un grattage incessant. La malade fut soulagée dès la première application, cette amélioration s'est maintenue pendant deux mois, et dans cette affection si rebelle une nouvelle application suffisait toujours à calmer la malade.

M. Butte fait remarquer que toutes les observations de ce genre, qui sont nombreuses, témoignent de l'heureuse action du Guaco dans les eczémas prurigineux; si l'eczéma est suintant, il faut seulement diminuer un peu le titre de la solution, des bains et des lotions pour les premières applications.

Une observation de M. Le Noir montre que le traitement réussit immédiatement dans le prurit simple généralisé. La guérison a d'ailleurs été complète et le malade n'eut plus besoin de faire de nouveaux lavages.

Le Guaco réussit également lorsqu'il est pris à l'intérieur. Des observations de prurit généralisé en font foi. Il s'agit entre autres d'un homme de 60 ans ayant de vives démangeaisons sur tout le corps. Chose curieuse, le malade se trompa et absorba la solution destinée à des lotions. Les démangeaisons disparurent pour ne plus revenir.

Enfin M. Butte cite un autre type d'affection prurigineuse justiciable du Guaco, le pityriasis rosé de Gibert. Le prurit empêchait le malade de dormir et les applications locales firent disparaître les démangeaisons en même temps que l'éruption s'atténua.

En résumé, nous possédons dans le Guaco un médicament symptomatique d'une énergie et d'une efficacité remarquables, qui trouvera son indication dans toutes les affections douloureuses à forme névralgique, particulièrement dans les névralgies des nerfs périphériques, en second lieu contre le symptôme

démangeaison, quelle que soit son origine, lésion externe, eczéma, prurigo, ou dyscrasie traduisant ses effets du côté de la peau comme dans le cas de prurit chez les diabétiques, les arthritiques ou les brightiques.

Et si, ne se contentant pas de calmer les démangeaisons, prurits, etc., causés par les maladies ci-dessus, on continue l'action du Guaco à l'intérieur par des compresses, lotions, bains, on arrive à modifier très heureusement et à guérir les affections cutanées et prurigineuses les plus rebelles, eczémas suintants et autres. prurigos, prurits, urticaires, pityriasis, etc., etc.

Ce sont là des résultats qu'il importait de signaler à l'attention des médecins.

LES INJECTIONS GAZEUSES DANS LE TRAITEMENT DES NEURALGIES

M. Cordier, ex-chirurgien en chef de l'Antiquaille, vient de faire connaître une méthode fort curieuse de traitement de diverses névrites douloureuses (névralgies, sciatique, lumbago, etc.) par les injections sous-cutanées d'air. Les expériences qu'il fit sur des animaux, sur lui-même, puis sur des malades, lui ont montré que ces injections étaient inoffensives, indolores et donnaient dans bon nombre d'affections des résultats souvent heureux, quelquefois vraiment merveilleux.

Il y a donc tout intérêt à faire connaître et à vulgariser une thérapeutique qui se recommande à nous non seulement par la simplicité de sa technique, mais encore et surtout par son innocuité et son efficacité dans des affections où à bout de ressources le médecin est amené à penser à l'injection de morphine. Pour insuffler de l'air sous la peau, on n'a pas besoin d'un outillage compliqué. Une aiguille tubulée comme pour toute injection hypodermique, une soufflerie semblable à celle de l'appareil Potain suffisent. On pourrait même au besoin se servir d'une poire en caoutchouc dont il est facile de mesurer la capacité pour calculer approximativement la quantité d'air qu'on veut injecter (un quart à un demi-litre) On n'a pas à s'occuper des microbes de l'air. A la rigueur il serait facile d'interposer, entre l'aiguille et la soufflerie un large tube en verre rempli de coton stérilisé et fermé à ses deux extrémités par des bouchons de caoutchouc percés chacun d'un orifice. Mais cette filtration qui stérilise l'air n'a qu'une importance secondaire, et

M. Cordier nous dir l'avoir négligée plus d'une fois sans le moindre inconvénient. Les soins antiseptiques doivent surtout s'adresser à l'aiguille de l'appareil, à la peau du malade et aux doigts de l'opérateur.

La technique de l'insufflation est fort simple. On enfonce brusquement l'aiguille comme pour toute injection hypodermique. Après une courte attente permettant de s'assurer qu'aucune goutte de sang ne vient sourdre de la canule et que par conséquent l'aiguille n'a pas pénétré dans un vaisseau, on peut commencer l'insufflation.

La pression nécessaire pour faire pénétrer l'air dans le tissu cellulaire sous-cutané est légère. Elle varie toutefois suivant les malades et suivant les régions. En règle générale, la pénétration d'air se fait d'autant plus facilement que le tissu adipeux est moins développé; c'est dire que la pression nécessaire est moindre chez les obèses que chez les maigres, moindre dans la région thoracique que dans la région fessière, presque nulle pour la face dorsale des mains et des pieds.

Dès que l'insufflation commence, on voit la peau soulevée comme par un lipôme, et la tumeur gazeuse s'étendre lentement de proche en proche; puis, lorsque le gaz rencontre une gaine vasculaire ou nerveuse, il s'échappe en fusées rapides et forme au loin des foyers rapides qui se réunissent peu à peu au foyer principal. La peau soulevée pâlit d'abord, puis bientôt se couvre d'une rougeur qui persiste pendant plusieurs heures. L'injection, comme nous l'avons dit, est indolore, et les malades n'accusent que des sensations de distension, de fourmillements, de picotements, d'engourdissement, sans se plaindre de douleur proprement dite.

Mais l'injection d'air ne constitue que le premier temps du traitement. Une fois l'aiguille retirée, on doit pratiquer un massage énergique, et ce deuxième temps de l'opération est des plus importants. Il faut, par des pressions alternatives, refouler le gaz, le ramener ensuite, le concentrer même avec les deux mains sur les points où il est nécessaire d'exercer une distension plus considérable. Ce massage, ces malaxations ont une action infiniment plus puissante que l'insufflation simple, car seuls ils permettent de réaliser l'élongation des rameaux nerveux qui est le but à atteindre.

Elles présentent encore d'autres avantages. Comme elles

permettent ce déplacement de la tumeur gazeuse, l'injection peut se faire dans un point même éloigné de la région endolorie, dans un point où la peau est plus saine, plus facile à désinfecter, plus facile à protéger. Grâce encore à ce déplacement on peut obtenir le même résultat en insufflant une moins grande quantité d'air, ce qui abrège la durée de la période de résorption, laquelle période dure généralement huit à quinze jours pendant lesquels la peau reste un peu sensible et est parfois le siège d'un prurit assez pénible.

Les injections sous-cutanées d'air amènent une guérison définitive quand ce n'est pas une amélioration considérable dans la plupart des manifestations douloureuses à forme névralgique. Les observations de M. Cordier sont sur ce point fort instructives. On nous permettra d'en citer quelques-unes.

Chez un malade atteint d'un zona très étendu du bras droit et de la région scapulaire, les douleurs continuaient très violentes, alors que l'éruption avait disparu depuis trois semaines. Une seule injection de 50 centilitres d'air a suffi pour dissiper les souffrances. On avait déjà employé en vain : quinine, anti-pyrine, frictions et vésicatoires dont il existait des traces encore récentes.

Sur 25 cas de sciatique traités par les injections sous-cutanées, M. Cordier n'a noté que deux insuccès. Dans un grand nombre de cas, les malades arrivaient avec l'intention de rester à l'hôpital, tellement grandes étaient leurs souffrances. Dès la première injection, l'amélioration était parfois telle qu'ils rentraient dans leur famille pour revenir quelquefois à la réapparition des douleurs. La guérison complète exige en effet 4 ou 5 injections, faites à six ou sept jours d'intervalle chacune. Ajoutons à ce sujet que dans la sciatique, l'air doit être injecté dans trois points à la fois : la région lombaire, la face externe de la cuisse, la région externe et supérieure de la jambe. Dans chaque point on injecte 50 centilitres d'air, qu'on dirige vers les zones particulièrement douloureuses, et là, entre les deux mains, on refoule le gaz, on le comprime pour ainsi dire, on le malaxe, afin qu'il distende plus efficacement les fines ramifications nerveuses.

Ces injections réussissent encore dans la névralgie fémoro-cutanée qui complique parfois, chez la femme, les métrites et les annexites; chez l'homme, dans la blennorrhagie urébrale et

l'épididymite blennorrhagique. Une injection de 25 centilitres faite dans la région externe de la cuisse procure presque toujours un soulagement immédiat et est plus efficace que les banales frictions calmantes et les vésicatoires.

Sans parler du lumbago (qui guérit parfois par une seule injection d'air faite dans le tissu cellulaire sous-cutané et dans la masse des muscles sacro-lombaires) les insufflations gazeuses donnent encore des résultats remarquables dans les névrites diffuses consécutives aux traumatismes (contusions, luxations, fractures), s'accompagnant d'atrophie musculaire, et traitées souvent sans succès par les frictions, le massage, l'électricité, etc. Les choses se sont passées ainsi — pour prendre un exemple, — chez un homme qui avait une luxation scapulo-humérale réduite depuis deux mois, et ayant laissé, — comme séquelle dans toute la région scapulaire, une douleur très vive qu'exaspérait le moindre mouvement. Une première injection a donné une très grande amélioration; une deuxième, puis une troisième, faites à intervalle de quinze jours, ont fait disparaître les souffrances qui rendaient les mouvements presque impossibles. Après deux mois, l'atrophie avait à peu près disparu, et le membre remplissait toutes ses fonctions

Les résultats sont moins nets et plus incertains dans la névrite traumatique ascendante. Par contre, les injections sont très efficaces dans les manifestations douloureuses, articulaires ou tendineuses de la blennorragie où les atrophies musculaires et les ankyloses sont si fréquentes. Plusieurs cas de talalgie, d'arthrites du poignet ou du genou ont été guéris ou du moins considérablement améliorés de cette façon.

M. Cordier attribue les succès de sa méthode à l'élongation des fines ramifications nerveuses que produit la distension de la peau par l'air. Pour lui, l'injection gazeuse produit une sorte d'ébranlement, de commotion, des terminaisons nerveuses, dont l'action rappellerait l'action combinée de l'acupuncture, du massage, de la pression et de l'élongation "Quand une sciatique, rebelle à tout traitement, écrit-il, est améliorée par une première injection, améliorée davantage par une seconde, guérie enfin par une troisième; quand une névrite traumatique que rien n'a pu modifier disparaît peu à peu, franchement modifiée après chaque séance, il faut bien admettre qu'un traitement capable de tels effets possède bien une action curative qui lui est propre."

REPONSES SUCCINCTES AUX CORRESPONDANCES
RESUMÉES

Lorsque dans une famille un enfant est atteint de diphtérie, faut-il recommander la sérothérapie préventive chez les frères et sœurs en bas âge ? Pour combien de temps une injection préserve-t-elle de la maladie ?

DR D.

Si l'isolement est impossible et les notions d'hygiène inconnues, les injections préventives de sérum antidiphtérique constituent le moyen le plus efficace de prophylaxie ; ces injections n'entraînent aucun accident grave et confèrent l'immunité durant 3 ou 4 semaines et si la diphtérie survient elle est d'une remarquable bénignité.

Quelle différence y a-t-il entre le sérum Hayem, le sérum Samuel et le sérum chirurgical.

DR R.

Composition des sérums :

Sérum Hayem.

Chlorure de sodium pure.... 75 grains
Sulfate de soude..... 155 "
Eau distillée..... 32 onces.

Sérum Chirurgical.

Chlorure de sodium..... 115 grains
Eau distillée..... 32 onces.

Sérum Samuel.

Chlorure de sodium..... 93 grains
Carbonate de soude..... 45 "
Eau distillée..... 32 onces.

Pouvez-vous me dire pourquoi le Congrès de Médecine de Québec n'est pas un congrès de médecins canadiens-français plutôt qu'une association de langue française, les vrais patriotes ne

doivent-ils pas aimer d'abord leur pays puis les étrangers ensuite ?

DR V.

Nous partageons entièrement votre opinion, nous avons demandé et demandons un congrès national.

En vous adressant à M. le secrétaire général du congrès on vous dira, peut-être, pourquoi et comment on est autrement patriote.

Ma patiente, âgée de 62 ans, souffre depuis peu d'une métrorrhagie légère mais bâille presque sans interruption. Les bromures, la morphine et le valériane d'ammoniaque furent donnés sans bons effets. Que puis-je faire de plus ?

DR S.

Si l'état du poumon, l'examen de l'utérus et la température de votre malade ne vous expliquent rien ; l'analyse de l'urine vous renseignera peut-être et le régime lacté, les injections de sérum de Truneeck. (Voir *Montréal-Médical*, vol. 2, No. 2, page 83), puis des granules de 1-100 de grain de strychnine, une à toutes les 3 heures, pourront vous donner un résultat favorable.

J'ai perdu quelques numéros du *Montréal-Médical* de l'an dernier, pouvez-vous me les procurer ?

DR. M.

Oui, avec plaisir nous vous enverrons les exemplaires désirés sur réception du prix de l'abonnement, excepté le numéro 6 qui fait prime et se vend une piastre.

INCONVENIENTS DE L'ANTIPYRINE CHEZ LES ALBUMINURIQUES

Quand l'antipyrine est administrée d'une manière continue, pendant 10 ou 15 jours de suite, aux doses de 60 grains par jour, à des individus dont le rein est absolument sain, il est fréquent de voir apparaître, du douzième au quinzième jour, des traces d'albumine dans l'urine. Cette albuminurie, très légère, disparaît rapidement, quand on cesse l'usage du médicament.

Réciproquement chez les sujets qui, pour une raison quelconque, présentent de l'albumine dans les urines, l'emploi de l'antipyrine fait rapidement augmenter la teneur en albumine comme en témoignent les observations de M. Robin.

Ainsi, comme l'administration prolongée de l'antipyrine peut déterminer le passage dans l'urine d'une certaine quantité d'albumine, il importe, quand on administre ce médicament, de surveiller attentivement la sécrétion rénale, afin de le suspendre aussitôt qu'apparaissent des traces d'albumine.

En outre, cette albumine, si fugace qu'elle soit, constitue une contre-indication à l'emploi de doses trop élevées ou trop longtemps continuées. Elle implique aussi l'abstention de l'antipyrine dans les affections rénales.

LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTREAL

PRÉSIDENTE DE M. LE DOCTEUR VALIN

Séance du 6 mai 1902

M. O. F. MERCIER fait l'histoire d'une malade âgée de 28 ans, présentant tous les symptômes cliniques d'un rein flottant qui fut opéré avec succès. Huit jours après l'intervention, la malade accusait encore de grandes douleurs dans la région rénale; à l'examen on trouva une masse mobile et douloureuse; croyant à un nouveau déplacement du rein, une laparotomie exploratrice fut faite, et montra un rein solidement fixé mais un foie tombant au-dessous de l'ombilic et une vésicule biliaire située en arrière, remplie de calculs. Dix-sept jours plus tard la patiente consentit à une nouvelle intervention, et la vésicule biliaire fut vidée de 37 petits calculs, le foie remonté dans sa loge et maintenu en place en fixant la vésicule réséquée au sommet de la plaie. La malade debout depuis quinze jours, se porte parfaitement bien.

M. ALP. MERCIER croit que le foie complètement déplacé, doit difficilement se maintenir en bonne position, n'étant suspendu que par un cordon vésiculaire.

M. G. F. MERCIER fait observer que le foie était chassé de sa loge par la vésicule biliaire située à la partie postérieure et chargée de calculs. L'obstacle enlevé, cette suspension suffit à maintenir le foie en place.

M. LESAGE présente l'intéressante observation d'une typhoïdique, chez laquelle on a fait tous les diagnostics et tous les traitements exceptés les bons. La malade est envoyée à l'hôpital Notre-Dame avec une histoire d'hystérie, de folie et d'avortement criminel, c'était une typhoïdique, le séro-diagnostic fut clairement positif; malgré un traitement très énergique la malade mourut trois heures après son admission. A l'autopsie on trouva les plaques de Payer infiltrées et ulcérées, qui avaient donné naissance à une hémorragie abondante, la rate était hypertrophiée, molle et friable, les poumons et les reins étaient fortement congestionnés. M. LeSage conclut: 1o qu'un médecin doit toujours examiner son malade avec soin, ne serait-ce que pour une piqûre d'insecte; 2o qu'il ne faut négliger aucun des moyens dont disposent la clinique et le laboratoire pour éclairer ou raffermir un diagnostic.

M. LECAVELIER fait remarquer que souvent en présence d'un typhique, le séro-diagnostic n'est pas toujours positif et la réaction de Widal vient confirmer le diagnostic lorsque le malade est guéri, et même au début, une réaction positive n'est pas toujours une certitude de fièvre typhoïde; les symptômes cliniques sont encore de la plus grande importance.

M. ALP. MERCIER dit que dans ce cas le diagnostic de fièvre typhoïde pouvait être fait sans l'aide du séro-diagnostic. Quant à la réaction positive sans fièvre typhoïde, l'erreur arrive lorsque la quantité de sérum est trop élevée pour la quantité de culture employée, soit 1 p. 15, si l'on conserve la proportion 1 p. 50, il n'y a que le bacille d'Eberth qui donnera la réaction agglutinante qu'il importe de chercher au moyen du microscope et non seulement par transparence.

M. LESAGE répond que le séro-diagnostic positif n'est qu'exceptionnellement une cause d'erreur, et c'est lorsqu'il est mal fait; étant négatif on ne peut nier une fièvre typhoïde, car l'agglutination s'obtient quelquefois à la fin de la maladie.

M. LAURENT rapporte le fait que chez un malade le séro-dia-

gnostic était positif, et cependant le patient était guéri de la fièvre typhoïde depuis une année.

M. HERVIEUX a reçu un rapport de séro-diagnostic positif pour une de ses malades souffrant de méningite tuberculeuse, dont le diagnostic fut fait à l'autopsie. Croyant être en présence d'un typhique, cette patiente fut traitée aux bains froids. Il ajoute que les proportions de sérum pris chez les malades et du bouillon de culture devraient être bien calculées afin d'éviter toute erreur.

M. MARIEN parle de la difficulté d'établir un diagnostic par les examens faits au laboratoire et des connaissances approfondies que doivent posséder ceux qui s'occupent de ces travaux.

M. LECAVELIER dit qu'il ne faut pas trop demander au laboratoire, mais bien interroger la clinique et adopter, contre la fièvre typhoïde, un traitement autre que les bains froids.

M. HERVIEUX fait une communication sur le traitement des hématomés par l'ingestion d'une solution de gélatine à 5 p. 100. Après avoir exposé les différentes causes qui produisent des hémorragies de l'estomac et le traitement par l'ergot et le perchlorure de fer, il rapporte que sa malade n'avait éprouvé aucun bon effet de cette thérapeutique et les hémorragies s'étaient reproduites à trois reprises différentes, ayant fait perdre à la malade près d'une pinte de sang. Après l'ingestion de la solution gélatinée, les vomissements cessèrent.

M. LESAGE ayant traité avec succès plusieurs cas d'hémorragie avec le sérum gélatiné, insiste sur la qualité de la gélatine et la nécessité de faire bouillir la solution durant 20 minutes au moins.

M. LECAVELIER parle en faveur du traitement de l'hématémèse par les solutions alcalines, soit le lavage de l'estomac à l'eau gazeuse alcaline proposé par M. Lucas-Championnière, ou le sulfate de soude, 10 centigrammes à toutes les heures, préconisé par M. Reverdin. Dans le cas rapporté par M. le docteur Hervieux, on avait administré du perchlorure de fer, or la solution de gélatine donnée ensuite a-t-elle été suivie d'un résultat favorable à cause de la gélatine ou à cause de son alcalinité ?

M. VALIN reconnaît la valeur du sérum gélatiné pour combattre avec succès les hémorragies, mais l'explication de ces effets n'est pas encore donnée et des expériences ont démontré que le sang au lieu d'augmenter en densité après ces injections, devenait plus fluide.

PROGRAMME DU CONGRÈS DE MÉDECINE ET D'INTERETS PROFESSIONNELS

Le premier Congrès de l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord s'ouvrira le 25 juin à 9.30 heures, dans les salles de l'Université Laval de Québec.

Le programme est ainsi fixé :

Mercredi, le 25 juin à 9.30 heures a. m.—Adresse au Recteur de l'Université. Souhaits de bienvenue par le Maire de Québec. Ouverture officielle du Congrès par l'hon. A. Turgeon. Discours d'inauguration par le président général, Dr D. Brochu. Nomination des présidents d'honneur et rapport du secrétaire général.

Après-midi à 2 heures.—Lecture et discussion des travaux scientifiques.

Le soir.—Réception des Congressistes par les autorités de l'Université Laval

Le 26 juin à 9.30 heures a. m.—Communications scientifiques et discussions.

Après-midi à 2 heures.—Communications et discussions scientifiques.

Le soir à 8 heures.—Grand banquet au Château Frontenac.

Le 27 juin à 9.30 heures a. m.—Communications de travaux scientifiques et d'intérêts professionnels.

Après-midi à 2 heures.—Intérêts professionnels et clôture.

Le soir à 8 heures.—Réception des Congressistes au "Kent" (Chutes Montmorency).

NOUVELLES

A l'analyse du Bill Roddick publiée le 15 du mois dernier, il n'y a que deux amendements importants à lire :

Les députés ont voté pour que toutes les Provinces soient consentantes avant que le bureau central d'examineurs puisse être organisé, puis ils ont ajouté : "Cet acte à l'effet d'établir un conseil médical en Canada ne devra pas être interprété comme autorisant la création d'écoles de médecine ou tout autre institution quelconque enseignant la médecine".

La "Canadian Medical Association" se réunira à Montréal.

le 16, le 17 et le 18 septembre prochain. La contribution pour devenir membre est de 2.00. Les communications peuvent être faites en langue française.

A l'assemblée du 4 du mois d'avril 1902, à laquelle tous les médecins français de Montréal étaient convoqués, M. le docteur Cartier fut choisi à l'unanimité vice-président de la section de médecine du prochain congrès de Québec, or il a plus à des *Tsars* inconnus de retrancher le nom de M. le docteur Cartier, qui représentait le district de St-Hyacinthe, pour mettre à sa place un confrère de la ville de St-Hyacinthe, déjà représenté par M. le docteur Turcot. *Et nunc erudimini.....* vous qui croyiez que les élections avaient une valeur effective.

Les 48 médecins des comtés de Terrebonne, des Deux-Montagnes, d'Argenteuil et de Laval, sont appelés à se choisir un député pour notre chambre médicale. Les bulletins de vote doivent être retournés à M. le docteur Plouffe, de St-Martin, le ou avant le 25 prochain.

Parmi les 47 nouveaux médecins, sept ont été admis avec grande distinction, ce sont: MM. Aubry, Bourgeois, Derome, Dufeutrelle, Gagnon, Rochon et Verner; onze avec distinction, ce sont: MM. Aubin, Ethier, Frigon, Giroux, Hamelin, Lafleur, Leclerc, Leduc, Masson, O'Brien et Verdon. Onze candidats ont été refusés.

L'assemblée semi-annuelle du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec aura lieu à Montréal, mercredi le 2 juillet prochain.

Deux comités viennent d'être formés dans le but d'étudier les modifications à apporter au mode d'enseignement de la médecine. Nous espérons que les rapporteurs de Québec et de Montréal, tout en nous montrant la voie idéale dans laquelle doit marcher l'enseignement médical français, présenteront aux membres du congrès de Québec des conclusions pratiques, d'exécution facile et pouvant être acceptées de toutes les parties intéressées.